الجامعة الإسلامية – غــزة
عمادة الدراســــــات العليا
كــلــيـــة الــتــربــيـــة
قـــسـم عــلــم الـنـفـس

الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقتها ببعض المتغيرات

إعداد الطالب
محمد مصباح حسين العرعير

إشراف الدكتور
أسامة عطية المزيني
أستاذ الصحة النفسية المساعد-الجامعة الإسلامية -غزة

رسالة مقدمة كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس
من كلية التربية بالجامعة الإسلامية - غزة

1431هـ-2010م

بسم الله الرحمن الرحيم

الجامعة الإسلامية – غزة
The Islamic University - Gaza

عمادة الدراسات العليا

هاتف داخلي: 1150

الرقم ج س غ/35/ Ref
التاريخ 2010/03/27 Date

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة عمادة الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ **محمد مصباح حسين العرعير** لنيل درجة الماجستير في **كلية *التربية*/ قسم علم النفس** وموضوعها:

الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الاثنين 13 ربيع آخر 1431هـ، الموافق 2010/03/29م الساعة الثانية ظهراً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. أسامة عطية المزيني	مشرفاً ورئيساً	....
د. أنور عبد العزيز العبادسة	مناقشاً داخلياً	....
د. فضل خالد أبو هين	مناقشاً خارجياً	....

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/قسم علم النفس.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق ،،،

عميد الدراسات العليا

د. زياد إبراهيم مقداد

﴿بِسْمِ اللهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ﴾

﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾ [النمل:19]

﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾

[الأحقاف:15]

صدق الله العظيم

إهـــداء

أهدي جهدي المتواضع هذا ...

إلى الشهداء الذين يفرحون بما آتاهم الله من فضله

إلى روح والدي ... رحمه الله

إلى أمي الحبيبة ... أطال الله في عمرها

إلى زوجتي الغالية التي تحملتني طوال دراستي

إلى أبنائي الأعزاء مصباح الدين و رامي

إلى بناتي الأميرات رغد و ديمة و مسك و شهد و ليان

إلى إخوتي و أخواتي الأعزاء

إلى أصدقائي و أقاربي و أحبائي جميعاً

شكر و تقدير

الحمد لله حمد الحمَادين و الشكر له الذي أعانني على إتمام هذه الرسالة ، فلولا توفيقه عز وجل لما تحقق من هذا الجهد شيء، فبحمده سبحانه تتم الصالحات القائل في كتابه العزيز ﴿وَمَا بِكُمْ مِنْ نِعْمَةٍ فَمِنَ اللهِ﴾ [النحل:53] والصلاة والسلام على خير خلق الله نبينا محمد ﷺ مدحه ربه فقال ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَى خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾]القلم:4] وعلى آله وصحبه الطيبين و على من اتبع هداه أجمعين وبعد...،

بأسمى آيات التقدير و معاني الوفاء، يتقدم الباحث بشكره الخالص العميق مقروناً بجزيل العرفان والامتنان إلى كل من تفضل وأثرى جوانب هذا البحث ، سواء برأي أو توجيه أو نصيحة، أو ساهم في هذا العمل ولو بجزء يسير ، وفي مقدمة هؤلاء أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى من تقصر كلمات الشكر وعبارات الثناء عن الوفاء بحقه ، إلى مرشدي و معلمي و أستاذي الفاضل المشرف الدكتور أسامة المزيني حفظه الله و رعاه، الذي منحني الوقت والجهد والاهتمام طيلة مرحلة البحث، والذي أحاط البحث بسعة علمه وسديد توجيهاته و رجاحة رأيه لإخراج هذا البحث بأحسن صورة ممكنة فنعم المرشد ، و نعم المشرف ، ونعم المعلم ، وأرجو أن أكون قد وفقت في تقديم ما يرضيه وما يليق باسمه الذي كان لي عظيم الشرف أن أضعه على أطروحتي العلمية.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور الفاضل أنور عبد العزيز العبادسة و الدكتور الفاضل فضل خالد أبو هين لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الرسالة فجزاهما الله خيراً.

ويسعدني أن أتقدم بخالص شكري للجامعة الإسلامية بإدارتها وجميع كوادرها الإدارية والأكاديمية وأخص بالذكر كلية التربية وخاصة قسم علم النفس و مكتبة الجامعة و أخص بالذكر الأخ الفاضل الأستاذ/ ممدوح فروانة الذي ساعدني كثيراً في الحصول على مراجع الدراسة.

كما لا يفوتني أن أقدم شكري لجمعية الحق في الحياة و لرئيستها السيدة الفاضلة/ عدالة إبراهيم أبو ستة التي لم تأل جهداً في تذليل الصعاب و إتاحة المجال لي لتنفيذ الدراسة في جمعية الحق في الحياة، فهي صاحبة الفضل في قيام و تأسيس الصرح الشامخ "جمعية الحق في الحياة" و لها الفضل كذلك في تقدم الجمعية و ازدهارها و نوعية الخدمات التي تقدمها.

و لا أنسى أن أشكر زملائي الأعزاء العاملين في الجمعية جميعاً و خصوصاً أولئك الذين وقفوا إلى جانبي و ساهموا في إتمام هذا الجهد المتواضع.

كما أتقدم بشكر خاص لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، الذين قاموا بتعبئة استبانات و مقاييس الدراسة بكل صبر و تحمل مع مراعاة الشفافية و المصداقية في المعلومات المقدمة.

و أخص بالشكر كذلك الأخ العزيز الأستاذ/ عاهد مرتجى الذي قام بتدقيق هذه الرسالة لغوياً و لم يقصر في توجيه نصائحه و إرشاداته التي زادت هذه الرسالة جمالاً و رونقاً.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري لأبي الحبيب رحمه الله الذي لم يقصر أبداً في تربيتي و تنشئتي و تعليمي، فأسأل الله أن يجعل هذا في ميزان حسناته.

و الشكر موصول إلى أمي الغالية التي ما انفكت تكلل خطواتي و محطات حياتي بالدعاء لي كلما خطت أقدامي خطوة بل و كلما خطر بخاطري خاطر، فأسال الله أن يحفظها و يطيل في عمرها.

وأخيرا أختم شكري وتقديري بتقديم باقة شكر خاصة لزوجتي التي لم تدخر جهداً في مساعدتي لإنجاز هذا البحث ، فجعلها الله ذخراً وعوناً لي ولأبنائنا.

أرجو من الله أن يوفقهم جميعاً لما يحبه ويرضاه وأن ييسر لهم سبل الخير والفلاح في الدنيا والآخرة ، وأن يجزيهم عني خير الجزاء.

الباحث

ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقاتها ببعض المتغيرات، و عليه فقد حاولت الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:-

1. ما مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
2. ما ترتيب أبعاد الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية و التوافق الزواجي لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
4. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية و الالتزام الديني لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى (جنس المعاق، درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة)؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى (وجود أكثر من معاق في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عدد الأبناء في الأسرة)؟
7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى (عمر الأم عند الولادة، عمر الأم الحالي، مستوى تعليم الأم، عمل الأم)؟
8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى لمتابعة الخدمات التأهيلية في جمعية الحق في الحياة؟

و للإجابة على أسئلة الدراسة و اختبار فروضها تم تطبيق أدوات الدراسة (استبانة الصحة النفسية- من إعداد الباحث ، و استبانة التوافق الزواجي- من إعداد إيمان اللدعة، و استبانة التدين، من إعداد سمية موسى)، على عينة الدراسة و التي تكونت من (461) أماً من أمهات أطفال ذوي متلازمة داون، بنسبة تمثل (98.1%) من مجتمع الدراسة، و ذلك بعد التحقق من صدق الأدوات و ثباتها.

قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة مثل: معاملات الارتباط لبيرسون ومعادلة ألفا كرونباخ و اختبار (ت) و تحليل التباين الأحادي و اختبار شيفيه.

و قد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:-

1. ارتفاع مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.
2. جاء ترتيب أبعاد الصحة النفسية كما يلي (البعد الروحي ، البعد الجسماني ، البعد الاجتماعي، البعد النفسي، البعد العقلي).
3. توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مستوى الصحة النفسية بصفة عامة لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون ومستوى التوافق الزواجي لديهن و كذلك الالتزام الديني.
4. لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير (جنس المعاق، عدد المعاقين في الأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق، تعليم الأم).
5. توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير (درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، عدد الأبناء في الأسرة، عمر الأم الحالي، عمل الأم).
6. توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير مدة الالتحاق بخدمات التأهيل.

فهرس الموضوعات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها

- مقدمة
- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحا ت الدراسة
- حدود الدراسة
- متغيرات الدراسة

مقدمة الدراسة:-

الله تعالي خلق الخلق فأبدعه وتحدى به فقال سبحانه ﴿هَذَا خَلْقُ اللهِ فَأَرُونِي مَاذَا خَلَقَ الَّذِينَ مِنْ دُونِهِ بَلِ الظَّالِمُونَ فِي ضَلَالٍ مُبِينٍ﴾ [لقمان:11]، وخلق الإنسان فكرمه فقال جل جلاله ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آَدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي البَرِّ وَالبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾ [الإسراء:70]، وميزه بالعقل فكلفه فقال تبارك وتعالى ﴿إِنَّا عَرَضْنَا الأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالأَرْضِ وَالجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا﴾ [الأحزاب:72]، وميز منه العلماء بخشيته وخصهم بمعرفته فقال جل في علاه ﴿وَمِنَ النَّاسِ وَالدَّوَابِّ وَالأَنْعَامِ مُخْتَلِفٌ أَلْوَانُهُ كَذَلِكَ إِنَّمَا يَخْشَى اللهَ مِنْ عِبَادِهِ العُلَمَاءُ إِنَّ اللهَ عَزِيزٌ غَفُورٌ﴾ [فاطر:28]، وجعل العلم سراً من أسرار الوصول إلى سعادة الدنيا ورضوان الآخرة، فهو سر سمو الإنسان وهو الطريق إلى رفعة الأمم وسيادتها وعلو شأنها فقال سبحانه وتعالى ﴿أَمْ مَنْ هُوَ قَانِتٌ آَنَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الآَخِرَةَ وَيَرْجُو رَحْمَةَ رَبِّهِ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُو الأَلْبَابِ﴾ [الزُّمر:9]، لذلك نجد الاهتمام الكبير من الأمم والشعوب بالعلم في شتى المجالات سواءً كان ذلك في العلوم الطبيعية أو العلوم الإنسانية، إذ إنه لا غنى لأحدهما عن الآخر، فدراسة الطبيعة بحاجة إلى الإنسان، والإنسان بحاجة إلى الطبيعة. ومن أهم العلوم الإنسانية التي برزت ونمت في القرن العشرين "علم النفس" بفروعه المختلفة وهو العلم الذي يدرس الإنسان ومن هذه الفروع علم الصحة النفسية.

وتعتبر الصحة النفسية من أهم فروع علم النفس التى وجه إليها علماء الغرب اهتمامهم فى أواخر القرن العشرين. وأصبحت الشخصية ينظر إليها نظرة شمولية كلية عند دراستها لبيان مدى سوائها من عدمه، وهذه النظرة الكلية استمدها علماء نفس الشخصية من علماء النفس الألمان أمثال فرتهيمر وكوفكا وكهلر أصحاب نظرية الجشتالت فى التعلم، والتى من أهم قوانينها أن الكل أسبق فى إدراكه عن الجزء- ولو طبقنا تلك النظرية على الشخصية، فسوف نقول إننا نـدرك شخـصية الإنسان بصورة كلية شمولية دون أن نتناول جانباً واحداً، على اعتبار أن الإنسان يعمل ويستجيب ويتفاعل بطريقة تجعل كل أجهزته البدنية والنفسية تتآزر وتتناغم فى تفاعلاتها معاً بحيث تحدد سلوكه وتشكل استجاباته بطريقة قد تجعل كل فرد يتميز بها عن سائر الأفراد من بني البشر.

(أبو شهبة، 2007 : 2-3)

وتسعى الصحة النفسية جاهدة إلى الوصول بالفرد للرضا والانسجام النفسي والاجتماعي والروحي لتحقيق مستويات عالية من العلم والمعرفة، وبالتالي لا يمكن للعلم أن يحقق أهدافه بعيداً عن الصحة النفسية، ولا يمكن أن تتحقق أهداف الصحة النفسية بعيداً عن العلم والمعرفة.

(أبو العمرين، 2008 : 1)

وقد سبقت السنة النبوية علماء نفس الغرب بقرون، فى توجيه الإنسان إلى السواء والصحة النفسية، فهناك العديد من الأحاديث النبوية التى تناولت النفس محاولة إقناعها، وإصلاحها، وتطويرها من أجل إحداث توازن على الجانبين العقلي والوجداني حتى يحدث التوافق النفسي، أى توافق الفرد مع نفسه، والتوافق الاجتماعي أى توافقه مع الآخرين، حيث يعتبر توازنهما أهم دعائم الصحة النفسية. (أبو شهبة، 2007 : 4)

ومن الممكن أن يتحقق المفهوم النفسي للاطمئنان حينما يتحقق التوازن بين البدن والروح، حيث تتحقق ذاتية الإنسان في صورتها الحقيقية الكاملة، والتي تمثلت في شخصية الرسول الكريم محمد ﷺ حيث جمعت بين القوة الروحية الشفافة، والحيوية الجسمية الفياضة، فكان يعبد ربه حق عبادته في صفاء ذهني وخشوع روحي، كما كان يعيش حياته كغيره من البشر، يشبع حاجاته البدنية في الحدود التي رسمها الشرع الحنيف، ولذلك فهو يمثل الإنسان الكامل والشخصية الإنسانية النموذجية الكاملة، التي توفرت فيها جميع القوى الإنسانية البدنية والروحية.

(نجاتي، 1987 : 281)

و هناك دعامتان أساسيتان أو جانبان رئيسيان تعتمد عليهما الشخصية، حيث يقع تحت مسئوليتهما جميع أنماط السلوك الإنسانى- سواء كان سلوكاً داخلياً (التخيل – التفكير- الفهم ....) أو سلوكاً خارجياً (التعبير بالحركة عن الغضب والعدوان... الخ) وسواء كان سلوكاً سوياً أو سلوكاً غير سوى. هذان الجانبان أو الدعامتان هما الجانب العقلي وما يتضمنه من ذكاءات وقدرات- وسمات عقلية يتسم بها وتمتلكها الشخصية، والجانب الوجداني وما يحتويه من صراعات شعورية، وانفعالات وعواطف ومشاعر سلبية وإيجابية يعبر عنها بأنماط سلوكية مختلفة، وفى حالة نضج هذين الجانبين وتوازنهما يحدث توافق نفسي واجتماعي للفرد مع نفسه ومع الآخرين، وهذان النوعان من التوافق هما مؤشران هامان من مؤشرات الصحة النفسية. (أبو شهبة، 2007 : 3)

إن الصحة النفسية للإنسان تتأثر سلباً أو إيجاباً نتيجة للمؤثرات التي تعتري العقل والوجدان، حيث تنعطف هذه المؤثرات بالإنسان وصحته النفسية نحو السواء أو اللاسواء وهو ما يرسم حدود وطبيعة حياته ومستقبله، ومن أكثر هذه المؤثرات أثراً الضغوط الحياتية والأزمات المعيشية التي تعصف بعقل الإنسان وتسيطر على وجدانه.

لقد أصبحت ضغوط الحياة ظاهرة ملموسة في كافة المجتمعات، وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة، ويحدد هذا التفاوت عدة عوامل أهمها طبيعة المجتمعات ودرجة تحضرها وما يفرضه ذلك من شدة التفاعل والاعتماد المتبادل بين المؤسسات والأفراد وندرة الموارد وشدة الصراع للفوز بجانب من تلك المواد والمزايا، وكذلك تعاظم سرعة معدل التغيير في تلك المجتمعات وما تفرضه على نمط الحياة فيها، لدرجة دعت الكثيرين لتسمية العصر الحديث بعصر الضغوط. وبالتالي أصبحت الضغوط النفسية هي سمة العصر، وغدت مظهراً طبيعياً من مظاهر الحياة الإنسانية لا يمكن تجنبه، فحياتنا العصرية تتميز بالتعقيد والتغيير السريع المتلاحق، مما يجعل الفرد في أي مرحلة من مراحل حياته يشعر بالعجز، وعدم فهم هذه التغييرات وبالتالي يزداد لديه الشعور بالإحباط والتوتر والقلق، ولا سيما لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

(بخش، 2004 : 1)

تعبر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عن ذلك التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل معوق، أو ما يتسم به من خصائص سلبية، لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، كما قد يعانونه من بعض الأعراض النفسية والجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال. فالضغوط الأسرية ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك، وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات مفاجئة وغير متوقعة تحتاج إلى إعادة تنظيم شامل لحياتها، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط . (الببلاوي، 2002 : 53)

و قد ظل الطفل المعاق واحتياجاته لفترة طويلة هو مركز الاهتمام للقائمين بالإرشاد وأخصائيي الرعاية دون الاهتمام بالأسرة، أو تسليط الضوء على احتياجاتها ومدى تأثر العلاقة بين الزوجين والعلاقة الأسرية بين جميع أفراد الأسرة بعدم إشباع هذه الاحتياجات وتتنوع هذه الاحتياجات من احتياجات إرشادية لرعاية الطفل، ومعرفته للتعرف على أفضل الطرق للتعامل مع

الطفل، واحتياجات معلوماتية لمعرفة معلومات أكثر عن طبيعة الإعاقة التي أصابت الطفل وأسبابها، واحتياجات نفسية وتربوية وتعليمية ومهنية مرتبطة بتنشئة الطفل ومستقبله.

(كاشف، 2000 : 199-253)

و تلعب الأسرة دوراً مهماً في حياة أطفالها المـعـاقين، ولا يمكن تقديم التوعية والعون لأسرة الطفل المعوق دون أن يدركوا الخلفية التي تقف وراء سلوكياتهم تجاه أطفالهم المعوقين، والتي هي انعكاس للعديد من المشاعر وردود الأفعال والضغوط التي تتعرض لها الأسرة عند ميلاد طفل معوق. ولذلك كان لابد قبل أن نعرض للدور الذي يجب أن يقوم به الآباء نحو أبنائهم المعوقين، أن نعرض ردود فعل الوالدين تجاه ميلاد طفل معوق والضغوط التي يواجهها هؤلاء الآباء نتيجة مجييء هذا الطفل إلى الأسرة". (الببلاوي، 2002 : 46)

إن أحد مصادر الانفعالات العنيفة يتمثل في الإحباط الذي يواجه الوالدين عندما يحصلان على طفل مصاب بالعجز والقصور، فبعد أن كان الوالدان يتوقعان أشكال الإثابة التي ترتبط بالأبوة والأمومة أو الإحساس بالسعادة مع طفل قابل للاستجابة والتفاعل، والفخر والزهو بإنجاب طفل سليم، هذه المشاعر تتحطم في حالة الطفل المعوق، والاستثارة الانفعالية الناتجة عن الوالدين غالباً ما تتميز على أنها القلق والشعور بالذنب مما يدفعهما إلى البحث عن أساليب دفاعية لتخفيف حدة المشاعر. (عبد الرحيم وبشاي، 1988 : 265)

إن وجود طفل معوق في الأسرة يضاعف الضغوط الأسرية ويصبح بداية لسلسلة من الهموم النفسية التي لا تحتمل، وتبادلاً للاتهامات واختلاف الأداء، ولوم الذات والآخرين ويزيد من سيادة نزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل الإرادة، فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة.(قنديل، 1996 : 625)

إن الأم تنظر إلى ميلاد الطفل على أنه إنتاج عمل، وعلى أنه هدية أعدتها لأمها أو لزوجها – أي أنه شئ قامت بعمله – فهو إذن نوع من الإنجاز الذاتي، إلا أن قدوم طفل ذي إعاقة يعكس درجة الملاءمة الشخصية للأم، ومن ثم فإن الشعور بالإنجاز قد يعبر عنه بكلمات مثل "انظروا ماذا أنتجت"، وعندما تواجه بحقيقة أن الطفل عاجز، يتحول هذا التعبير إلى تعبير عكسي مؤداه "لقد فشلت فيما أنتجت" أي أن قيمة الهدية أو الهبة انخفضت، إن لم تتحطم بميلاد هذا الطفل.

(عبد الرحيم وبشاي، 1988 : 262)

ويمكن تبرير ما تعانية الأم من ردود فعل سلبية تجاه ابنها المعوق، إلى دورها المهم في حياة طفلها المعاق عقلياً، فالأم تأخذ دور الحماية البدنية والوصية على حاجات الطفل، بينما يكون الأب أكثر تحفظاً في دوره، وقد ينحصر تعامله في الانسحاب أو الاستدماج الداخلي لمشاعره.

(الشناوي، 1997 : 15)

ومن هؤلاء المعاقين الأطفال ذوي متلازمة داون والذين يتميزون عن غيرهم من المعاقين في كثير من الأمور ومن أهمها تعدد الإعاقات والأمراض والمشاكل الصحية التي قد يعانون منها والتي من أبرزها التخلف العقلي وهو ما قد يتسبب في ضغوط حياتية خاصة على الأسرة والأم.

و تعتبر الاضطرابات الكروموسومية من الأسباب المهمة للتخلف العقلي. ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً الحالة المعروفة بالمنغولية (متلازمة داون). في هذا الاضطراب يكون عدد الكروموسومات في الخلية (47) بدلاً من (46). ويكون الكروموسوم الزائد موجوداً على زوج الكروموسومات رقم (21) ولذلك تعرف الحالة باسم (ثلاثية الكروموسوم 21).

(الخطيب والحديدي، 1998 : 80-81)

و قد وصف العالم جون داون هذه الحالة (متلازمة داون) والذي ترجع التسمية إلى اسمه، أنهم أطفال يولدون بملامح مميزة أهمها الأعين المائلة، والرأس المستدير صغير الحجم نسبياً، والأيدي القصيرة، وبعض الملامح الخاصة. و ما يلبث هؤلاء الأطفال أن يظهروا تباطؤاً في النمو الحركي وتخلفاً في القدرات العقلية. يذكر أنه في العام 1959 اكتشف العلماء خلل الكروموسومات المسبب لهذا المرض.

و نظراً للملامح الجسمانية الخاصة بهذه الحالة والتي تشبه إلى حد ما شعوب منغوليا فقد عرفت طويلاً باسم "المنغولية"، الأمر الذي أدى إلى اعتراض هذه الشعوب على التسمية وهي تسمية خاطئة لا تستخدم علمياً وليس لها مبرر ولا علاقة لهذه الحالة بشعوب منغوليا.

إن أمهات أطفال ذوي متلازمة داون يتكبدن عبءً كبيراً في رعاية هؤلاء الأطفال الذين يعانون من العديد من المشاكل الصحية ومن الإعاقة العقلية وهن بحاجة ماسة إلى الاهتمام بهن، وو التخفيف عن كاهلهن، وحثهن على مواصلة طريقهن مع أطفالهن في رحلة التأهيل الشاقة والطويلة، كما أنهن بحاجة إلى زرع الأمل في قلوبهن في مستقبل أطفالهن المعاقين.

لذا يرى الباحث أن الاهتمام بالصحة النفسية للأم التي لديها طفل بمتلازمة داون والتعرف على مستوياتها وأبعادها وعلاقاتها ببعض المتغيرات يعتبر من الدراسات التي قد تساهم في التغلب على الضغوط النفسية والانفعالات اللاسوية للأم وهو ما يؤدي إلى رعاية وتأهيل أفضل للطفل المعاق.

و من خلال مجال تخصص الباحث وعمله على مدار ما يقرب من عشرين عاماً في مجال تأهيل المعاقين وخصوصاً ذوي متلازمة داون، لاحظ الباحث الأهمية الكبيرة للعلاقة بين الصحة النفسية لأفراد الأسرة واتجاهات أولياء الأمور من الآباء والأمهات نحو الأحداث الصادمة والضغوط الحياتية، ومن هذه الدراسات دراسة (شلح : 2008) و(إبراهيم وعبد الحميد : 2007) و(منذر : 2006) و(مغاري : 2005) و(عبدات : 2004) و(العبري : 2003) و(وشاحي : 2003) و(صالح : 2002) و(خليل : 1994) و(السامرائي : 2002) وكومبلين (Comblain : 1999) وباور وهايز (Bower & Hayes : 1994) و (طعيمة والبطش : 1984) وغيرها من الدراسات.

و حسب اطلاع الباحث لم يجد دراسة تتناول تحديداً الصحة النفسية لأمهات ذوي متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات وهو ما دفع الباحث لاختيار هذه الدراسة أملاً في المساهمة في هذا المجال، ومن هنا جاءت هذه الدراسة.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :-

جاءت هذه الدراسة سعياً للتعرف على مستوى الصحة النفسية لأمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقاتها ببعض المتغيرات، وعليه فإن مشكلة الدراسة تتحدد في السؤال الرئيس التالي:

ما مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات؟

و يتفرع عن هذا التساؤل الرئيس التساؤلات التالية:-

1. ما مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
2. ما ترتيب أبعاد الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية والتوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
4. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية والالتزام الديني لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى (جنس المعاق، درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة)؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى (وجود أكثر من معاق في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عدد الأبناء في الأسرة)؟
7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى (عمر الأم عند الولادة، عمر الأم الحالي، مستوى تعليم الأم، عمل الأم)؟
8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متابعة الخدمات التأهيلية في جمعية الحق في الحياة؟

أهداف البحث :-

يهدف البحث الحالي إلى ما يلي :-

1. التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.

2. التعرف على ترتيب أبعاد الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.

3. الكشف عن العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والتوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.

4. الكشف عن العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والالتزام الديني لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.

5. التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعــزى إلـــى (جنس المعاق، درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة).

6. التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعــزى إلـــى (وجود أكثر من معاق في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عدد الأبناء في الأسرة).

7. التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعــزى إلـــى (عمر الأم عند الولادة، عمر الأم الحالي، الالتزام الديني للأم، كون الأم تعمل أم لا).

8. التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعــزى إلـــى متابعة الخدمات التأهيلية في جميعة الحق في الحياة.

<u>أهمية الدراسة : –</u>

تنبع أهمية هذه الدراسة مما يلي:

1. أنها تستهدف أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وهو ما يلقي الضوء على شريحة هامة من شرائح المجتمع لم تلق الاهتمام الكافي من قبل الباحثين في العالم العربي بشكل عام وفي فلسطين على وجه الخصوص.
2. قلة الدراسات التي تناولت مستوى الصحة النفسية لذوي المعاقين وخصوصاً أمهات ذوي متلازمة داون.
3. قد تفيد هذه الدراسة في الارتقاء بخدمات تأهيل المعاقين حيث إن ذلك قد ينعكس على المعاق وعلى أسرته وعلى المجتمع.
4. قد تفيد هذه الدراسة بإثراء المكتبات الفلسطينية والعربية بموضوعات عن ذوي متلازمة داون.
5. قد تفيد هذه الدراسة مؤسسات تأهيل ذوي متلازمة داون والمختصين في وضع الخطط اللازمة للاهتمام بمستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون.
6. توجيه المختصين إلى أهمية دراسة المعاقين وأسرهم وتحديداً ذوي متلازمة داون.

<u>مصطلحات الدراسة : –</u>

- ✓ **<u>الصحة النفسية : –</u>**

– تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية أنها "ليست مجرّد غياب الاضطرابات النفسية، بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيّف مع حالات التوتّر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والاسهام في مجتمعه المحلي".

(موقع الصحة العالمية : 2007)

– حالة يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وإدارة الأزمات النفسية، وتكون شخصيته سوية متكاملة، ويكون سلوكه عادياً.

(سري، 2000 : 28)

- حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبيًا، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية. (القريطي، 1998 : 28- 29)

- يعرف "كفافي" الصحة النفسية بأنها" حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية". (كفافي، 1997 :81)

- ويعرفها "**مرسي**" بأنها "قدرة الفرد على أداء وظيفته في الحياة بنجاح من خلال أهدافه وإمكانياته والغرض المكفول له، وفي إطار البيئة الاجتماعية والاقتصادية".

(مرسي، 1983 : 44)

- ويعرفها "**زهران**" بأنها حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا) أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، ويكون حسن الخلق، بحيث يعيش في سلامة وسلام.

(زهران، 1997 : 9)

- ويتبنى الباحث تعريف منظمة الصحة العالمية لما يتميز به من شمول ووضوح.

✓ **<u>التعريف الإجرائي :</u>**

يرى الباحث أن **الصحة النفسية للأم** هي: " قدرة الأم على التغلب على الضغوط النفسية الناتجة عن إنجاب طفل بمتلازمة داون واستخدام إمكاناتها للتكيف مع هذه الحالة والقدرة على الانتاجية في الحياة وتمتعها بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية وشعورها بالرضا وذلك حسب النتيجة التي تحصل عليها على مقياس الصحة النفسية.

✓ <u>**متلازمة داون :-**</u>

- متلازمة داون عبارة عن مرض خَلقي، أي أن المرض عند الطفل منذ الولادة و أن المرض كان لديه منذ اللحظة التي خلق فيها. وهو ناتج عن زيادة في عدد الصبغات (الكروموسومات). والصبغات هي عبارة عن عصيات صغيرة داخل نواة الخلية ،تحمل هذه الصبغات في داخلها تفاصيل كاملة لخلق الإنسان. فيحمل الشخص العادي- ذكراً كان أو أنثى- 46 صبغه، وهذه الصبغات تأتي على شكل أزواج، فكل زوج فيه صبغتان (أي 23 زوجاً أو 46 صبغيه). هذه الأزواج مرقمة من واحد إلى اثنين وعشرين، بينما الزوج الأخير (الزوج 23) لا يُعطى رقماً بل يسمى الزوج المحدّد للجنس. يرث الإنسان نصف عدد الصبغات (23) من أمه والثلاثة والعشرين الباقية من أبيه. (السويد، 2009 : 8)

- هي حالة جينية ناتجة عن وجود كروموسوم زائد في الخلية، وهو يعني أن صاحبها لديه 47 كروموسوماً بدلاً من 46 كروموسوماً وهي تحدث نتيجة خلل جيني في نفس وقت حدوث الحمل أو أثنائه وليست حالة مرضية ولا يمكن علاجها وعادة تكون مصحوبة بتخلف عقلي .

(مؤسسة داون سندروم، 2001 : 3)

- في هذاالاضطراب يكون عدد الكرموسومات في الخلية (47) بدلاً من (46). ويكون الكرموسوم الزائد موجوداً على زوج الكرموسومات رقم (21) ولذلك تعرف هذه الحالة طبياً باسم (ثلاثية الكرموسوم 21). وعلى أي حال فإن متلازمة داون تأخذ شكلين آخرين هما التصاق أحد الكروموسومات بكروموسوم آخر أم وجود الكروموسوم الزائد في بعض وليس كل خلايا الجسم. وتشير البحوث العلمية إلى أن هذا الاضطراب يرتبط بعوامل معينة من أهمها عمر الأم عند الإنجاب حيث إن نسبة حدوثه تزداد بشكل ملحوظ مع تقدم العمر.

(الخطيب والحديدي، 1998 : 80-81)

- ويتبنى الباحث تعريف (السويد، 2009 : 4) لأنه أدق وأشمل التعريفات.

✓ **التعريف الإجرائي** : هم الأطفال الملتحقون بجمعية الحق في الحياة لذوي متلازمة دوان في قطاع غزة، والتي تنص شروط القبول فيها أن يكون الطفل من ذوي متلازمة داون، وذلك من خلال الفحص الجيني أو وفقاً للصفات الجسمية والعقلية المميزة للأطفال المصابين بهذه الحالة.

حدود الدراسة :-

1- الحد المكاني:-

سيقوم الباحث بإجراء الدراسة على أمهات المصابين بمتلازمة داون المقيمين في محافظات قطاع غزة والمدرجين ضمن خدمات جمعية الحق في الحياة في مقرها الرئيس بغزة وفرعها بخانيونس.

2- الحد البشري : -

سوف يقوم الباحث بإجراء الدراسة على أمهات المصابين بمتلازمة داون الذين يتلقون خدمات التأهيل في جمعية الحق في الحياة في قطاع غزة.

3- الحد الزماني :-

سيقوم الباحث بإجراء الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي 2009-2010م حيث يكون قد أتم الإطار النظري ومتطلبات الدراسة النظرية.

4- الحد الموضوعي :-

تتحدد هذه الدراسة في دراسة الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات.

متغيرات الدراسة :-

1- المتغير التابع : الصحة النفسية

2- المتغيرات المستقلة :-

أ. خاصة بالمعاق (جنس المعاق، درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة).

ب. خاصة بالأسرة (التوافق الزواجي، وجود أكثر من معاق في الأسرة، المستوى الإقتصادي للأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عدد الأبناء في الأسرة).

ت. خاصة بالأم (عمر الأم عند الولادة، عمر الأم الحالي، مستوى تعليم الأم، الالتزام الديني للأم، عمل الأم).

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً: الصحة النفسية

- علم الصحة النفسية
- مفهوم الصحة النفسية وتعريفاتها
- نسبية الصحة النفسية ومستوياتها
- معايير الصحة النفسية ومظاهرها
- خصائص الفرد المتمتع بالصحة النفسية
- الإسلام والصحة النفسية

ثانياً: ذوي متلازمة داون

- تعريف متلازمة داون
- شيوع متلازمة داون وتصنيفاتها وعلاقتها بالاضطرابات الكرموسوماتية
- أسباب حدوث متلازمة داون وخصائصها
- الكشف الطبي لمتلازمة داون وطرق الوقاية

ثالثاً: الصحة النفسية لدى أولياء أمور المعاقين

- ردود الفعل النفسية للآباء والأمهات تجاه الإعاقة
- الضغوط النفسية الناتجة عن إنجاب طفل معاق
- الإسلام والإعاقة

الفصل الثاني

الإطار النظري

أولاً – الصحة النفسية

تمهيد:

تعتبرالصحة النفسية عنصراً هاماً في حياة الناس عامة، فتحقيقها يساعد الإنسان في مواجهة مشاق الحياة وصعوباتها وفي الوصول للعيش الكريم والحياة الهانئة السعيدة ويساهم في تحقيق أهداف الحياة وغاياتها، بل إن أهمية الصحة النفسية تتجاوز ذلك بدورها في تحقيق الوصول إلى رضا الله عز وجل وتحقيق رضوانه ﴿ **جَزَاؤُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ جَنَّاتُ عَدْنٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الأَنْهَارُ خَالِدِينَ فِيهَا أَبَدًا رَضِيَ اللهُ عَنْهُمْ وَرَضُوا عَنْهُ ذَلِكَ لِمَنْ خَشِيَ رَبَّهُ** ﴾]البيِّنة:٩] و إلى الفوز بجنته سبحانه و﴿ **يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ، ارْجِعِي إِلَى رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَّةً، فَادْخُلِي فِي عِبَادِي، وَادْخُلِي جَنَّتِي** ﴾]الفجر : ٣٨-٤١].

و لأهمية الصحة النفسية فقد ذهبت الدول المتقدمة بعيداً في بذل الجهد والمال لتحقيق مستوى عالٍ من الصحة النفسية لأفرادها، ذلك إيماناً منها بدور الصحة النفسية في توفير فرص أكبر لأفراد المجتمع لتحقيق الإنجاز الأفضل والوصول لتقدم أعظم. كما لوحظ في السنوات الأخيرة تركيز الدول المتقدمة على دعم مشاريع الصحة النفسية والدعم النفسي في الدول النامية والتي تعاني من الحروب والاضطرابات وتخصص لذلك مبالغ هائلة من الأموال مستهدفة المرأة والطفل والشباب.

ولقد وضع تعزيز الصحة النفسية ضمن أوسع مجالات تعزيز الصحة، ويتخذ موقعاً محاذياً للوقاية من الاضطرابات النفسية، ولمعالجة المصابين بالعلل النفسية والمعوقين وتأهيلهم .إن تعزيز الصحة النفسية مثل تعزيز الصحة يكتنف أفعالاً لدعم الناس لتبني نمط الحياة الصحية والمحافظة عليها مما يخلق الظروف المعيشية والبيئية الداعمة للصحة.

(منظمة الصحة العالمية، 2005 : 7)

علم الصحة النفسية

- تعريف علم الصحة النفسية :-

علم الصحة النفسية – Mental Health – علم تطبيقي للمعارف النفسية يساهم في مساعدة الناس على تنمية أنفسهم، وتحسين ظروف حياتهم، وعلى أن يعيشوا معاً في سلام ووئام، وعلى أن يواجهوا الصعاب والأزمات بصبر وثبات وبأساليب توافقية مباشرة. ويستخدم في ذلك المنهج العلمي في تفسير علامات الصحة النفسية وعلامات وهنها، وفي تحديد أساليب تنمية الصحة النفسية في البيت والمدرسة والعمل والمجتمع وفي دراسة الانحرافات النفسية وطرق تشخيصها، وتحديد عواملها وطرق الوقاية منها، وأساليب علاجها، والتنبؤ بما يمكن عمله لكي يحقق الإنسان صحته النفسية، ويقي نفسه من وهنها وانحرافاتها. (أبو حويج والصفدي، 2001 : 16)

علم الصحة النفسية نمائي وقائي وعلاجي، فهو علم يهدف إلى رفع مسببات الضغط والتوتر والتي إن وجدت أوجدت حالات توقف النمو، فالضغط هو بيئة مريضة وبيئة ملوثة، بيئة تستنزف طاقة الإنسان وتبددها في مظاهر غير صحية، وبالتالي فإن الضغط الذي يوقف المظاهر المختلفة للنمو، إن زال فإن كوابح النمو تزول، وبالتالي تنطلق قدرات الإنسان وتتحرر من معقلها وتستثمر طاقاتها في النمو الصحيح للإنسان. (أبو هين، 1997 : 11)

- أهداف ومناهج علم الصحة النفسية

مما سبق من تعريفات يتضح لنا أن علم الصحة النفسية يهدف لتحقيق أهداف ثلاثة اتفق عليها علماء النفس تتلخص في مناهج الصحة النفسية التالية:

1- المنهج النمائي أو الإنشائي :

و يتضمن بذل الجهد والسعي لزيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأصحاء العاديين حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى من الصحة النفسية وذلك عن طريق دراسة إمكانية وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجيه السليم.

2- المنهج الوقائي :

و يتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها – وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة: تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض، ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى، ثم تقليل أثر إعاقته.

3- المنهج العلاجي :

و يتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية. (زهران، 1999 : 28)

مفهوم الصحة النفسية وتعريفاتها:

اختلف الباحثون في ميدان العلوم الإنسانية في تحديد مفهوم للصحة النفسية وذلك وفقاً لخلفياتهم وتخصصاتهم العلمية ومذاهبهم الفكرية وهو ما جعل الإجماع على تعريف واحد لمفهوم الصحة النفسية أمراً صعباً، من هذه التعريفات من جعل الصحة النفسية مرادفاً للسعادة، ومنهم من قال إنها تحقيق الذات، وهناك من اقتصر على جوانب محددة كالجانب الطبي أو الاجتماعي أو الديني أو النفسي أو الإنساني، ولكن هناك من نظر بشمولية أكبر لمفهوم الصحة النفسية.

و ليس من السهل الأخذ بتعريف واحد للصحة النفسية حيث تتعدد التعريفات كذلك وفقاً لتباين منطلقاتها النظرية، فمن المتخصصين من انطلق في تعريفه للصحة النفسية من نظرية التحليل النفسي، ومنهم من اعتمد على قناعاته بالنظرية السلوكية، وغيرهم من ارتكز على النظرية الإنسانية كما أن هناك من انطلق من النظرية الوجودية.

و لقد عرفت "**منظمة الصحة العالمية**" الصحة النفسية بأنها ليست مجرّد غياب الاضطرابات النفسية، بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيّف مع حالات التوتّر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي".

(موقع منظمة الصحة العالمية : 2007)

كما عرف "**المطيري**" الصحة النفسية بأنها "تلك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان الانفعالي، خالياً من التأزم والاضطراب مليئاً بالحماس وأن يكون إيجابياً خلاقاً مبدعاً يشعر بالسعادة والرضا، قادراً على تأكيد ذاته وتحقيق طموحاته واثقاً بإمكاناته الحقيقية قادراً على استخدامها في أمثل صورة ممكنة، هذا الشخص من وجهة نظر الصحة النفسية يتمتع بصحة نفسية سليمة وقادر على التغلب على كافة الاحباطات والعوائق التي تواجهه في حياته. (المطيري، 2005 : 22)

و يعرفها "**نجاتي**" بأنها النضج الانفعالي والاجتماعي، وتوافق الفرد مع نفسه ومع العالم من حوله، والقدرة على تحمل مسئوليات الحياة ومواجهة ما يقابله من مشكلات، وتقبل الفرد لواقع حياته، والشعور بالرضا والسعادة.(نجاتي، 2002 : 271)

أما "**الحسين**" فعرفها بأنها تعني الخلو من الأمراض المستعصية والأدواء الخطيرة (الجسمية والنفسية والعقلية) والكفاية الغذائية، والتوافق النفسي والاجتماعي والشعور بالأمان والاطمئنان النفسي، والقدرة على الحكم الصائب على الأشخاص والأشياء، والعمل وفق هذا الحكم، والإحساس بالمسئولية (الشخصية والاجتماعية والوظيفية)، والتكيف مع أحوال الحياة وتقلباتها المختلفة، والتفاعل الإيجابي مع الآخرين، ومن ذلك تبادل الحب والنصح بالتي هي أحسن، ولين الجانب، والتعاون البناء معهم وحب الخير لهم كما هو حب الخير للذات، واستغلال طاقات الفرد والإفادة من إمكانياته في تحقيق أهداف واقعية وفي كل ما هو مفيد له ولمجتمعه والنظرة التفاؤلية، والشعور بالرضا والقناعة، وحب الله تعالى قولاً وعملاً واعتقاداً والاستسلام له ومن ذلك الاجتهاد في اتباع أوامره، وجهاد النفس في تجنب معاصيه والرجوع إليه، والتوكل عليه وترويض النفس على الصبر، واحتساب التكليفات الشرعية والأزمات الحياتية الطارئة عنده سبحانه وتعالى، والحث على الدعوة في سبيله والحب والتحبيب فيه (فهو الهدف الأسمى الذي خلقت لأجله النفوس في هذه الحياة، وهو سبيل التوازن والتوافق والصحة النفسية والاطمئنان النفسي الحقيقي في الحياة رغم ما يعتريها من هموم وما جبلت عليه من أنكاد ومفاجآت. (الحسين، 2002 : 29-30)

أما "**سري**" فيعرفها بأنها حالة يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته، ويكون قادراً

على مواجهة مطالب الحياة وإدارة الأزمات النفسية، وتكون شخصيته سوية متكاملة، ويكون سلوكه عادياً.(سري، 2000 : 28)

و لقد عرفها "**القريطي**" حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبيًا، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية.(القريطي، 1998 : 28- 29)

و عرف "**كفافي**" الصحة النفسية بأنها حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية.(كفافي، 1997 :81)

و لقد عرف "**زهران**" الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً وانفعالياً واجتماعياً) أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، ويكون حسن الخلق، بحيث يعيش في سلامة وسلام.(زهران، 1997 : 9)

و يعرفها "**أبوهين**" بأنها مفهوم مجرد يشير إلى التوازن والتكامل المتجدد والنشط للوظائف النفسية والعقلية للفرد تجعل الفرد يسلك سلوكاً اجتماعياً مقبولاً من الفرد ذاته ومن المجتمع المحيط وأن يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والنجاح وتقبل الذات.(أبو هين، 1997 : 21)

كما يعرفها "**فهمي**" بأنها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب، مليئة بالتحمس. ويعني هذا أن يرضا الفرد عن نفسه، وأن يقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي، كما لا يسلك سلوكاً اجتماعياً شاذاً بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي، في ظل مختلف المجالات، وتحت تأثير جميع الظروف.(فهمي، 1995 : 16)

أما "**مرسي**" فعرفها بأنها قدرة الفرد على أداء وظيفته في الحياة بنجاح من خلال أهدافه وإمكانياته والغرض المكفول له، وفي إطار البيئة الاجتماعية والاقتصادية.(مرسي، 1983 : 44)

ويعرفها "**القوصي**" بأنها التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الانسان، مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية.

(القوصي، 1975 : 6)

إنه وفي ظل تعدد المفاهيم والتعريفات للصحة النفسية نجد أنه ليس من السهل الأخذ بمفهوم واحد للصحة النفسية. حيث إننا نجد أن أحد تلك المفاهيم هو المفهوم السلبي للصحة النفسية الـذي ينص على أن الصحة النفسية هي خلو الفرد من الاضطرابات النفسية، ولكن عند تحليل هذا المفهوم نجد فيه الكثير من النقص لأنه تناول فقط جانباً واحداً من جوانب الصحة النفسية، فقد نجد العديد من الأشخاص لا يتمتعون بالصحة النفسية وفي نفس الوقت لا يعانون من أي اضطراب نفسي وذلـك لعدم رضاهم عن أنفسهم، أو لفشلهم في تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، أو عدم تفريقهم بين إمكانياتهم وخبراتهم وبين غاياتهم ورغباتهم.

و هنا يتبين أهمية التمتع بصحة العقل وسلامة السلوك والتوافق مع الذات والمجتمع وكذلك القدرة على السيطرة والتغلب على مشكلات الحياة اليومية كشرط لازم لامـتلاك الفـرد للـصحة النفسية وهو ما يشكل المفهوم الإيجابي للصحة النفسية.

من كل ما سبق نجد أن الصحة النفسية لا تعني فقط خلو الفرد من أعـراض الاضـطراب النفسي، وإنما يمتد مفهومها ليشمل العديد من الجوانب المتعلقة بشخصية الفرد واتجاهاته، و**هو مـا جعل الباحث يتبنى تعريفاً موجباً وشاملاً لجميع مظاهر الصحة النفسية كتعريف منظمة الـصحة العالمية.**

نسبية الصحة النفسية ومستوياتها:

إن تحقيق الصحة النفسية وتمتع الفرد بها يختلف من شخص إلى آخر، بل إن الأمر أكثر تعقيداً من ذلك، عندما ندرك أن مستوى نسبة الصحة النفسية ومستوياتها تختلف لدى نفس الشخص من موقف لآخر ومن وقت لغيره، ولا يمكن القول بأن فلاناً من الناس يتمتع بالصحة النفسية بدرجة 100%، ولكن نسبية الصحة النفسية تعني هنا أن تتحقق معظم مظاهر الصحة النفسية في ذلك الشخص.

و يذكر "**الداهري**" أن الصحة النفسية تعني التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة عند الفرد وهذا يكاد يكون مستحيلاً فلا يوجد توافق تام بين الوظائف النفسية المختلفة، ودرجة اختلال التوافق هي التي تميز حالته الصحية عن غيرها، وهذا هو الذي يميز بين الصحة النفسية من فرد لآخر فكلما زادت أخطاء الفرد قلت صحته النفسية، وكلما قلت أخطاء الفرد زادت صحته النفسية شأنها في ذلك شأن الصحة الجسمية.

كذلك فإن تكيف الفرد مع من حوله من أفراد أسرته ومجتمعه تكيف نسبي، ويختلف باختلاف الزمان والمكان وهذا أيضاً يدل على نسبية الصحة النفسية، ومن هنا فعلى المرشد والأخصائي مراعاة ظروف البيئة التي يعيش فيها المسترشد قبل أن يصدر أحكاماً على هذا المسترشد أثناء المعالجة.(الداهري، 2005 : 198-199)

و مفهوم الصحة النفسية مفهوم نظري مثالي، أو هو كما يقال خرافة، فليس هناك كائن بشري بغير صراعات وشيء من الانحرافات، ويتضح ذلك عند تصنيف الناس إلى أصحاء معافين وإلى معوقين، وذلك أن كلاً منا معوق بشكل أو بآخر، فما من أحد منا يستطيع كل شيء، وما من أحد لا يستطيع شيئاً.(أبو اسحاق وأبو نجيلة، 1997 : 25)

- مستويات الصحة النفسية

إن نسبية الصحة النفسية تجعل من كلا الأمرين السواء واللاسواء يقعان على درجات سلم التوزيع الاعتدالي بين من يتمتع بالصحة النفسية بدرجة عالية وبين الواهنين نفسياً بدرجة كبيرة، في حين تقع المستويات الأخرى بين هذين القطبين، ويرجع ذلك إلى عدم وجود حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي.

و يؤكد "**أبو حويج والصفدي**" أن الصحة النفسية لا توهب، ولكن تكتسب بتحسين الخلق مع الله ومع الناس، فكل شخص مسئول عن صحته النفسية يكسبها بإرادته وجهوده في مجالات حسن الخلق تمت صحته النفسية، وكلما نقصت هذه الجهود أو زادت في مجالات حسن الخلق تمت صحته النفسية، فالصحة النفسية تزيد وتنقص بجهود الفرد وإرادته، وهي قابلة للتغير بحسب أحواله النفسية وظروفه البيئية، وما يعرض له من يسر أو عسر، وما يجده في نفسه من هدى أو ضلال، وما اكتسبه من عادات ومهارات وقدرات واتجاهات وقيم، تيسر له الأفعال الحسنة أو السيئة لما استقر في قلبه من الإيمان.

ومع قابلية الصحة النفسية للزيادة والنقصان، فهي حالة نفسية ثابتة نسبياً عند الفرد بحسب ما تعود عليه من أفعال وأفكار ومشاعر، فإن تعود الخير وألفه، غلب على حالته النفسية الصحة في مواقف كثيرة، وإن تعود على الشر وألفه، غلب على حالته الوهن.

التوزيع الاعتدالي للصحة النفسية:

من الأخطاء الشائعة تقسيم الناس إلى فئتين: فئة الأصحاء نفسياً، وفئة المنحرفين أو المضربين أو الواهنين نفسياً، لأن الأصحاء منحرفون بدرجة ما، والواهنون أصحاء بدرجة ما. وفي ضوء نظرية التوزيع الاعتدالي للخصائص والسمات الجسمية والنفسية يمكن تقسيم الناس بحسب مستوياتهم في الصحة النفسية إلى خمس فئات:

1-الأصحاء نفسياً بدرجة عالية:

عددهم قليل وتبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 2.5% وهم الذين تبدو عليهم علامات الصحة النفسية المرتفعة، وتندر أخطاؤهم، وقد اعتبرهم (مسكويه) خيرين بطبعهم ... واعتبرهم علماء التحليل النفسي أصحاب أنا قوية قادرة على تحقيق التوازن بين مطالب الأنا العليا والهو والواقع، واعتبرهم علماء السلوكية أصحاب سلوكيات حسنة مكنتهم من تحقيق التوافق الجيد مع المجتمع الذي يعيشون فيه، ووصفهم علماء المذهب الإنساني بالإنسان الكامل الذي نجح ذاته، وفي إثبات كفاءته وفي التعبير عن نفسه بصدق.

2-الأصحاء نفسياً بدرجة فوق المتوسط:

تبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 13.5% وهم أصحاء نفسياً أيضاً حيث ترتفع عندهم درجة الصحة النفسية وتنخفض درجة الوهن، وينطبق عليهم ما قاله الغزالي وابن تيمية وابن القيم عن الفئة الأولى، لكن بدرجة أقل منها، فقلوبهم سليمة عامرة بالتقوى، وتتدرج سلوكياتهم في فئة السلوك الجيد جداً في مقياس A. P. A وينطبق عليهم أيضا ما قاله علماء النفس عن الفئة الأولى ولكن بدرجة أقل منها.

3-العاديون في الصحة النفسية:

تبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 68% وهم أصحاء نفسياً بدرجة متوسطة أو قريبة من المتوسط، وأخطاؤهم محتملة وانحرافاتهم ليست فجة، لا تعوق توافقهم، ولا تمنعهم من تحمل مسئولياتهم نحو أنفسهم ونحو الآخرين. وتظهر عليهم علامات الصحة النفسية في السراء ومظاهر الوهن في الضراء، حيث يشعرون بالشقاء والتوتر القلق كلما أصابتهم مصيبة أو تعرضوا لبلاء، ولكن بدرجة محتملة، يمكن تبديلها أو تغييرها بالإرشاد والتوجيه والنصح من المتخصصين وغير المتخصصين.

4-الواهنون نفسيا بدرجة ملحوظة:

تبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 13.5% وهم الذين تنخفض عندهم الصحة النفسية وتزداد علامات وهنها، فتكثر الأخطاء، وتتعدد الآثام الباطنة والظاهرة، أو تظهر الانحرافات النفسية بدرجة تؤثر على صلتهم بالله وبالناس وبأنفسهم، ويسوء توافقهم في مواقف كثيرة، مما يجعلهم في حاجة إلى الرعاية والعلاج على أيدي المتخصصين، وقد يعالجون وهم يعيشون في المجتمع أو في أماكن متخصصة في علاج مشاكلهم وانحرافاتهم.

5-الواهنون نفسياً بدرجة كبيرة:

تبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي 2.5% وهم الذين تنخفض صحتهم النفسية بدرجة كبيرة، وتزداد مشكلاتهم وانحرافاتهم، ويسوء توافقهم، وقد يفقد صلتهم بالواقع، ولا يقدرون على تحمل مسئولية أفعالهم، ويصبح وجودهم مع الناس خطراً عليهم وعلى غيرهم، وتنطبق عليهم صفات الفئة السابقة، ولكن بدرجة أشد، فانحرافاتهم فجة، مشكلاتهم معقدة، واضطراباتهم شديدة، وجرائمهم

شنيعة ليس لها ما يبررها، وقلوبهم ميتة وعقولهم مختلة، فقدت القدرة على الإدراك المميز، والاختيار المسئول. (أبو حويج والصفدي، 2001 : 62-65)

معايير الصحة النفسية ومظاهرها:

لقد أصبح واضحاً أن جميع العلوم الإنسانية تهتم بصورة كبيرة في وضع وسائل ومعايير للقياس والتقييم أسوة بالعلوم الطبيعية، وحرصاً على الوصول إلى أدق النتائج وأصدق التشخيص، ولكن طبيعة النفس البشرية تعقد هذه المهمة على المختصين والخبراء في مجال علم النفس وخصوصاً عندما يتعلق الأمر بتحديد معايير الصحة النفسية.

و تؤكد "فوزي" على أنه ومع تراكم المعرفة في مجال الصحة النفسية، أصبح من المطلوب بإلحاح تحديد أسلوب يمكن من خلاله التعرف على نصيب الفرد من الصحة النفسية كماً وكيفاً. وقد يكون من الصعب أن يحدث نوع من الاتفاق بين كافة مدارس علم النفس في هذا الصدد، إلا أن الاختلاف في هذا المجال قد يصبح مفيداً عندما يعني اتساع الزوايا التي تتحدد المعايير في ضوئها بما يغطي أكبر رقعة من الحقيقة. (فوزي، 2000 : 18)

و يضيف "**أبو حويج والصفدي**" إن صحة النفس ووهنها مفهومان فرضيان، لم يتفق علماء النفس على تعريفهما، ولا على طريقة قياسهما، ولا على الحدود الفاصلة بينهما، ويضاف إلى ذلك وجود درجة من الصحة والوهن عند كل الناس، والفرق بين المتمتع بالصحة النفسية والواهن فيها، فرق في درجتي الصحة والوهن، وهما درجتان يصعب قياسهما أو تقديرهما. (أبو حويج، الصفدي، 2001 : 79)

و لقد أشار علماء النفس بعض المعايير والمناهج لقياس الصحة النفسية والتي تساعد على الفصل بين السلوك السوي والسلوك غير السوي منها:

1- **المعيار الطبي** : ومن خلاله يمكن الحكم على الشخص بالصحة أول الحالة المرضية، وفيه يتم استخدام الفحص الكلينيكي بالاستعانة بالأدوات والوسائل الطبية المختلفة، والمقابلة النفسية (بين الأخصائي والمريض)، وأسلوب الملاحظة المتخصصة، وغيرها.

2- **المعيار الديني : في** مجتمعنا المسلم يعتبر المعيار الديني من أهم المعايير وأقواها أثراً لتمييز السلوك السوي من السلوك المنحرف عن الفطرة، لدى الإنسان المكلف حيث الفطرة هي المحك.

وقد خلق الله تعالى الناس على الفطرة السوية، ومدى بعد الإنسان أبو قربه من خالقه سبحانه وتعالى هو الذي يحدد سلامته النفسية والروحية، ودليل على ذلك قوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ [الحجرات:١٣]. (الحسين، 2002 : 40)

3- **المعيار الذاتي** : السوية تحدد هنا من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كما يشعر الفرد ويراها من خلال نفسه، فالسوية هنا هي إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقاً لهذا المعيار غير سوي.(غريب، 1999 : 137)

4- **المعيار الوظيفي** : عندما تتم معرفة الهدف الكامن خلف هذا السلوك نستطيع تقييمه على أنه سوي أو مضطرب. (رضوان، 2007 : 65)

5- **المعيار الإحصائي** : حيث يتخذ المتوسط والمنوال أو الشائع معياراً يمثل السوية، وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص.(زهران، 1997 : 11)

6- **المعيار الاجتماعي** : يحتكم المحك الاجتماعي إلى معايير المجتمع وقيمه في الحكم على السلوك بالسواء أو الانحراف، ويعتبر ما يقبله المجتمع ويرضى عنه سلوكاً سوياً، وما يرفضه سلوكاً منحرفاً.(أبو حويج والصفدي، 2001 : 84)

7- **المعيار المثالي** : يقصد بالمعيار المثالي حالة من الكمال، أو مجموعة من الشروط الواجبة، المستقلة عن الواقع والزمان، يعتبر الوصول إليها والسعي نحو تحقيقها أمراً جديراً بالطموح.

(رضوان، 2007 : 63)

8- **المعيار الباطني** : فوفقاً للمعيار الباطني لا يمكن أن نحدد ما إن كان الفرد أقرب إلى السوية أواللاسوية إلا إذا تجاوزنا مستوى السلوك الظاهري إلى ما يكمن وراءه من أسباب ودوافع كامنة وصراعات أساسية، وكيف تعامل الانسان مع هذه المحتويات الكامنة لديه ومدى قدرته على التعبير عنها والكيفية التي يشبع بها رغباته ودوافعه. (فوزي، 2001 : 22)

9- **المعيار التلاؤمي** : وفي هذا المعيار يتحدد السلوك السوي وغير السوي من خلال مساعدة الفرد على تحقيق النضج المطلوب وتحقيق الفرد لذاته. فالدافع لإدراك الجهد الكامل الذي يبذله الفرد يعتبر بمثابة عامل هام لتحديد السلوك السوي وغير السوي.(الداهري، 2005 : 40)

مظاهر الصحة النفسية

تعددت مظاهر الصحة النفسية التي ذكرها المختصون في مجال الصحة النفسية واختلفت حسب اختلاف نظرتهم إلى الانسان وطبيعته وحسب ثقافة كل منهم، ومن أهم ما ورد من مظاهر الصحة النفسية ما ذكرته "**سري**" ومنها:

1- السوية: وهي التمتع بالسلوك العادي المعياري، أي المقبول والمألوف والغالب على حياة غالبية الناس في المجتمع.

2- التوافق: ودلائل ذلك التوافق الشخصي، والرضا عن النفس والاتزان الانفعالي، والتوافق الاجتماعي، والزواجي، والأسري، والمدرسي، والمهني.

3- السعادة: وتتضمن الشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين، والتكامل الاجتماعي والصداقات الاجتماعية.

4- **التكامل: و**يقصد به التكامل النفسي الذي يكفله تكامل الشخصية وظيفياً ودينامياً، وتكامل الدوافع النفسية.

5- تحقيق الذات: ويتضمن فهم الذات ومعرفة القدرات، وتقدير الذات وتقبلها، ووضع أهداف ومستويات تطلع وفلسفة حياة يمكن تحقيقها في ثقة.

6- **مواجهة مطالب الحياة: و**يتضمن ذلك مواجهة الواقع، ومواجهة مواقف الحياة اليومية والمشكلات وحلها، وتحمل المسئولية الاجتماعية في مجال الأسرة والعمل والعلاقات الاجتماعية.

7- الفاعلية: وتتضمن السلوك الموجه نحو حل المشكلات وتخفيف الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشكلات وتلك الضغوط.

8- الكفاءة: وتتضمن استخدام الطاقة في وقتها من غير تبديد لجهود الفرد، وهو من الواقعية بدرجة تمكنه من تخطي العقبات، وبلوغ الأهداف.

9- **الملاءمة: و**تعني ملاءمة الأفكار والمشاعر والتصرفات في المواقف المختلفة.

10- **المرونة: و**تتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة االصراع والإحباط، وذلك لحل المشكلات بدلاً من تجميدها على النظم القديمة، والرغبة في التعلم وفي التغيير والتجريب. (سري، 2000 : 28 – 29)

كما يضيف "**أبو هين**" أن من مظاهر الصحة النفسية أيضاً:

11- **العلاقة الصحيحة والصحية مع الذات:** إن أقرب شيء للمرء هي ذاته، حيث تمثل كل ما يتعلق بسلوكه وبشخصيته وخبراته وعلاقاته والتي تتمحور في النهاية لتشكل مفهوم الإنسان عن ذاته.

12- **الواقعية:** وهي عكس الجاذبية وهي تعني التعامل مع الواقع بوقائع ملموسة وليست شطحات خيالية خالية من الوجود، وهي تعني أن يكون الشخص واقعياً في اختياره لأهدافه وتطلعاته، وأن يختار أهدافه بناءً على إمكانياته الفعلية الواقعية، وعلى أساس المدى الذي يمكن أن يصل إليه باستعداداته الخاصة.

13- **الشعور بالأمن:** وهي من المعايير الهامة للصحة النفسية، والأمن عكس التوتر والقلق فإذا كان القلق هو حالة من الفوضى الداخلية تمنع الفرد من الشعور بالهدوء والطمأنينة، فالأمن هو زوال هذه المنغصات الداخلية وأيضاً زوال مصادر التهديد والتوتر الخارجي، وبالتالي شعور الإنسان براحة البال وعدم الانشغال المعطل للقدرات وشعوره بالطمأنينة.

14- **التوجه الصحيح:** أي الاستجابة المناسبة للمواقف أو السلوك الهادف والمطلوب لإنجاز المهام المطلوبة فمن طبيعة الإنسان السوي أن يفكر قبل أن يتصرف وأن يزن الأمور قبل أن يفعلها حتى تكون النتائج مدروسة ومعروفة وسليمة وألا يكون متهوراً أو اندفاعياً بدون تخطيط لذلك، فالسلوك الهادف هو نتاج أفكار مبنية بشكل مسبق ويصل بالتالي للهدف الصحيح بشكل منطقي سليم وسريع.

15- **التناسب:** ويعني عدم المبالغة في جميع جوانب الحياة، فالاعتدال أو التوسط من الأمور الهامة في المجالات الإنسانية والمبالغة تعطل هذه الخاصية وتفرغها من معناها.

16- **الإفادة من الخبرة:** أي مدى ما يستفيده الشخص من المواقف التي تمر به والخبرات التي يتعرض لها وبالتالي تشكل رصيده العقلي والسلوكي الذي يستطيع من خلاله أن يتصرف مع المواقف اللاحقة. (أبو هين، 1997 : 28-34)

خصائص الفرد المتمتع بالصحة النفسية

هناك مؤشرات وعلامات تعطي انطباعاً بأن الفرد يتمتع بالصحة النفسية، وأنها تتنوع في شدتها وأثرها من إنسان لآخر وفقاً لبعض المعطيات الخاصة، لكن لا يختلف المختصون في مجال الصحة النفسية بأن وجودها يعطي دلالات على تمتع صاحبها بصحة نفسية، ولقد ذكر "**المطيري**" عدد العلامات أو المؤشرات منها:

1- **الإيجابية:** تتمثل إيجابية الإنسان في قدرته على بذل الجهد في أي مجال، وعدم خضوعه للعقبات التي قد تقف أمامه، فهو لا يشعر بالعجز أمامها بل يسعى دائماً إلى استخدام كافة السبل والوسائل اللازمة لتخطيها.

2- **التفاؤل:** إن الإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية لابد وأن يتصف بالنظرة المتفائلة للأمور، ولكن هذا التفاؤل لابد له من حدود واقعية.

3- **القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة:** تعتبر العلاقات الاجتماعية إحدى الركائز الهامة للصحة النفسية، فالشخص الذي لديه القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متينة مع الآخرين يتمتع بصحة نفسية سليمة.

4- **احترام الفرد لثقافة المجتمع مع تحقيق قدر من الاستقلال عن هذا المجتمع:** عندما يسلك الفرد سلوكاً مقبولاً في مجتمعه ومتماشياً مع أعراف وتقاليد ومعايير هذا المجتمع مع تميزه بشخصية مستقلة.

5- **نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه:** من أهم مظاهر الصحة النفسية هو نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه، وهذا لا يتحقق إلا عندما يكون هذا العمل مرغوباً لدى الفرد ومتناسباً مع امكاناته وقدراته الذهنية والبدنية.

6- **القدرة على تحمل المسؤولية:** تحمل مسؤولية الأعمال والمشاعر والأفكار الفرد الصحيح نفسياً قد يتفق أو نختلف مع المعايير القائمة أو الأوضاع المتعارف عليها طالما كان الاتفاق أو الاختلاف مبنياً على أساس من الرغبة في تحقيق سعادة أشمل وإشباع أعم وأكثر دوماً.

7- **ارتفاع مستوى الاحتمال النفسي:** تظهر على الفرد علامات الصحة النفسية عند قدراته على مواجهة الظروف الصعبة والأزمات الشديدة والصمود أمامها دون أن يختل توازنه النفسي، ولا يستخدم عندها طرقاً غير سوية كالعدوان والاستسلام وأحلام اليقظة أو التراجع.

8- **النضج الانفعالي:** يقصد بالنضج الانفعالي قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته بصورة منضبطة بعيداً عن التهور والصبيانية عند مواجهة المواقف المثيرة للانفعال.

9- **الاتزان الانفعالي:** إن الشخص الصحيح نفسياً هو الذي يمكنه السيطرة على انفعالاته المختلفة والتعبير عنها بحسب ما تقتضيه الضرورة وبشكل يتناسب مع المواقف.

10- **ثبات اتجاهات الفرد:** ثبات اتجاهات الفرد تدل على الصحة النفسية السليمة، حيث تتميز بعدم التذبذب والتناقض على المدى القصير، فنجد أن الفرد يتصرف بتلقائية في أغلب الأمور والمسائل في إطار من المرونة، وثبات الاتجاه لا يظهر إلا عند الأشخاص ذوي الشخصيات المتكاملة والمستقرين انفعالياً.

11- **الشخصية المتكاملة:** يتسع أفق الحياة النفسية عند الفرد عند تكامل الجوانب البدنية والمعرفية والوجدانية والاجتماعية في الشخصية، والواجب على الفرد ألا يهتم بتنمية جانب واحد من تلك الجوانب، بل لا بد له أن يضع لنفسه من الأهداف ما يشمل جميع أنواع المعارف والمهارات.

12- **الراحة النفسية:** إن من أهم العوامل التي تحيل حياة الفرد إلى جحيم لا يطاق شعوره بالتعب وعدم الراحة والتأزم من الناحية النفسية في جانب من جوانب حياته، وتتضمن أمثلة عدم الراحة النفسية حالات الاكتئاب أو القلق الشديد أو مشاعر الذنب أو الأفكار الوسواسية المتسلطة أو توهم المرض.

13- **القدرة على التضحية وخدمة الآخرين:** قال تعالى﴿ **يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا هَلْ أَدُلُّكُمْ عَلَى تِجَارَةٍ تُنْجِيكُمْ مِنْ عَذَابٍ أَلِيمٍ، تُؤْمِنُونَ بِاللهِ وَرَسُولِهِ وَتُجَاهِدُونَ فِي سَبِيلِ اللهِ بِأَمْوَالِكُمْ وَأَنْفُسِكُمْ ذَلِكُمْ خَيْرٌ لَكُمْ إِنْ**

كُنْتُمْ تَعْلَمُونَ﴾. [الصَّف ١٠-١١]. إن التعاون أمر مطلوب بين أفراد المجتمع في حدود قـدرات الفرد وإمكاناته.

14- **الصحة الجسمية:** لا يتحقق التكامل داخل البدن إلا بسلامة الجهاز العصبي الذي يـسيطر على حركة العضلات وعلى الدورة الدموية وعلى إفرازات الغدد، ولا بد أيـضاً مـن سـلامة الجهاز الغدي الذي يضمن التوازن الكيميائي داخل الجسم، حيث إن أي خلـل فـي الـصحة الجسمية للفرد قد يحول دون تحقيقه لبعض أهدافه وطموحاته، فلا يشعر حينها بالسعادة والرضا ولا يتحقق له الاستقرار النفسي. (المطيري، 2005 : 40-47)

أما "**زهران**" فيذكر أن من خصائص الفرد المتمتع بالصحة النفسية:

15- **التوافق:** ودلائل ذلك: التوافق الشخصي وتضمن الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي ويشمل التوافق الزوجي والتوافق المدرسي والتوافق المهني.

16- **الشعور بالسعادة مع النفس:** ودلائل ذلك: الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها، ونمو مفهوم موجب للذات، وتقدير الذات حق قدرها.

17- **الشعور بالسعادة مع الآخرين:** ودلائل ذلك: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم والاعتقاد في ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين " التكامل الاجتماعي"، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة.

18- **تحقيق الذات واستغلال القدرات:** ودلائل ذلك: فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعي للقدرات والإمكانات والطاقات، وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعياً، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات وتحقيق قدرها، واستغلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن.

19- **القدرة على مواجهة مطالب الحياة ــ** ودلائل ذلك: النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحصار والواقع والبصيرة والمرونة والإيجابية في مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إحباط الحياة اليومية.

20- **التكامل النفسي:** ودلائل ذلك: الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل (جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً)، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

21- **السلوك العادي:** ودلائل ذلك: السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

22- **حسن الخلق:** ودلائل ذلك: الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتناب الحرام وشاشة الوجه وبذل المعروف وكف الأذى وإرضاء الناس في السراء والضراء ولين القول وحب الخير للناس والكرم وحسن الجوار وقول الحق وبر الوالدين، والحياء والصلاح والصدق والبر والوقار والصبر والشكر والرضا والحلم والعفة والشفقة.

23- **العيش في سلامة وسلام:** ودلائل ذلك: التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحية والاجتماعية، والأمن النفسي والسلم الداخلي والخارجي، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل. (زهران، 1997 : 13-14)

الإسلام والصحة النفسية:

الإسلام هو دين الله الخاتم الذي ارتضاه للناس كافة "﴿الْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتْمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِي وَرَضِيتُ لَكُمُ الإِسْلَامَ دِينًا فَمَنِ اضْطُرَّ فِي مَخْمَصَةٍ غَيْرَ مُتَجَانِفٍ لِإِثْمٍ فَإِنَّ اللهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾]المائدة:٤] ، وقد بلغ من الشمولية والكمال ما قاله سبحانه وتعالى [وَمَا مِنْ دَابَّةٍ فِي الأَرْضِ وَلَا طَائِرٍ يَطِيرُ بِجَنَاحَيْهِ إِلَّا أُمَمٌ أَمْثَالُكُمْ مَا فَرَّطْنَا فِي الكِتَابِ مِنْ شَيْءٍ ثُمَّ إِلَى رَبِّهِمْ يُحْشَرُونَ﴾]الأنعام:٤٩] ، وإن من الأشياء التي تحدى الله تعالى بها خلقه نفوسهم فقال جل جلاله ﴿وَفِي أَنْفُسِكُمْ أَفَلَا تُبْصِرُونَ﴾]الذاريات:٣٢]، ولأن هذه النفوس من التعقيد والإحكام والإبداع ما عجز عن كشف أغواره البشر، فقد أنزل الله تعالى لهذه النفوس منهجاً قويماً يحفظها من الضلال والانحراف ﴿يَا أَهْلَ الكِتَابِ قَدْ جَاءَكُمْ رَسُولُنَا يُبَيِّنُ لَكُمْ كَثِيرًا مِمَّا كُنْتُمْ تُخْفُونَ مِنَ الكِتَابِ وَيَعْفُو عَنْ كَثِيرٍ قَدْ جَاءَكُمْ مِنَ اللهِ نُورٌ وَكِتَابٌ مُبِينٌ، يَهْدِي بِهِ اللهُ مَنِ اتَّبَعَ رِضْوَانَهُ سُبُلَ السَّلَامِ وَيُخْرِجُهُمْ مِنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ بِإِذْنِهِ وَيَهْدِيهِمْ إِلَى صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ﴾]المائدة:٢٦-٢٧]، وجعل سبحانه تحقيق الفرح والسعادة والطمأنينة والهدى في اتباع هذا المنهج فقال جل وعلا ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ، قُلْ بِفَضْلِ اللهِ وَبِرَحْمَتِهِ فَبِذَلِكَ فَلْيَفْرَحُوا هُوَ خَيْرٌ مِمَّا يَجْمَعُونَ﴾]يونس: ٦٨-٦٩].

- مفهوم الصحة النفسية في الإسلام:

يقول "**نجاتي**" إن إغفال علماء النفس المحدثين للجانب الروحي في الإنسان في دراستهم للشخصية وللصحة النفسية قد أدى إلى قصور واضح في فهمهم للشخصية الإنسانية، وفي معرفتهم للعوامل المحددة للشخصية السوية وغير السوية، كما أدى إلى عدم اهتدائهم إلى تكوين مفهوم واضح دقيق للصحة النفسية، فنحن لا نستطيع أن نفهم الإنسان فهماً صحيحاً إذا قصرنا اهتمامنا في دراسة شخصيته على الجوانب البيولوجية والاجتماعية والثقافية، وأهملنا الجانب الروحي، إنما ندرس الإنسان بأكمله دراسة كلية تتناول جميع العوامل المحددة لشخصيته، سواء كانت بيولوجية، أو اجتماعية، أو ثقافية، أو روحية. (نجاتي، 2002 : 276)

و يحدد "**المطيري**" مفهوم الصحة في الإسلام فيقول "أما مفهوم **الصحة النفسية في ضوء النظرة الإسلامية** إلى الإنسان فتعتبره كلاً متكاملاً من روح ونفس وجسم. غاية وجوده هي عمارة الأرض وعبادة الله، قال تعالى ﴿وَمَا خَلَقْتُ الجِنَّ وَالإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾]الذاريات:٦٧]، ولكي يحقق الإنسان هذه الغاية أرسل الله إليه الرسل والأنبياء ليوضحوا له كيف يعمر الأرض؟ وكيف يعبد الله؟ ويبينوا له طرق الهدى والفلاح التي رسمها الله لتناسب فطرته، وتربطه بخالقه وتوفر له الأمن والطمأنينة في حياته النبوية ويحقق له التوازن بين قواه الروحية والجسدية والنفسية؛ فيعيش سعيداً في القرب من الله وسلام مع الناس ووئام مع النفس ونجاح في الحياة الدنيا، ويؤكد الاتجاه الديني على ضعف الإنسان واعتماده على الله وان خلاصه لن يتم إلا بالتجائه إلى الله واعتماده عليه. ويعرف البعض الصحة النفسية بأنها "حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته ويقبله المجتمع بحيث يشعر دوماً بالرضا والكفاية ويقصد بالوظائف النفسية هي جوانب الشخصية المختلفة الجسمية والعقلية والانفعالية والدافعية والاجتماعية، ويقصد بالتوازن أن لا تطغى إحدى الوظائف النفسية على الوظائف الأخرى، ويشير مفهوم التكامل أن كل وظيفة نفسية تؤدي دورها أو عملها بتوافق وتناغم مع الوظائف الأخرى باعتبارها جزءاً من نظام كلي عام.

وتقبل الذات أي الرضا عن النفس، فلا نتصور شخصا يتمتع بصحة نفسية وهو يرفض ذاته ويكرهها، وكذلك تقبل المجتمع الذي يعيش فيه والرضا والكفاية، أي رضا الفرد عن نفسه وشعوره بالسعادة وغياب المشاعر الاكتئابية. (المطيري، 2005 : 26)

أما "**نجاتي**" فيذكر أن مفهوم الصحة النفسية في الإسلام يعني التوازن النفسي البيولوجي والثقافي والاجتماعي والروحي، إذ إن الصراع النفسي عند الإنسان ما هو إلا تعارض بين مطالب البدن ومطالب الروح، وعليه فإن على الإنسان حتى يتمتع بصحة نفسية أن يوازن بين مطالب بدنه ومطالب الروح لديه بتوسط واعتدال ودون إسراف، إذ ليس في الإسلام رهبانية تقاوم إشباع الحاجات البدنية، كما أنه ليس في الإسلام إباحية مطلقة تسمح بالإشباع المطلق للدوافع البدنية دون ضبط أو تحكم، وإنما ينادي الإسلام بالتوفيق بين حاجات كل من البدن والروح واتباع طريق وسط يحقق التوازن بين الجانب المادي والروحي للإنسان . إلا أن هذه الفطرة تحتاج إلى ما يحفظها ويغذيها وينميها وهو شريعة الله المنزهة والمنزلة من عنده تعالى والتي أرسل الله تعالى رسله بها وبينتها كتبه السماوية لإرشاد الإنسان وتوجيهه إلى ما يحفظ عليه فطرته السليمة، وإلى ما ينمي فيه

الجانب الروحي ويقويه عن طريق الإيمان بالله وعبادته وحده لا شريك له والتمسك بالتقوى وتجنب المعاصي ومقاومة أهوال النفس وشهواتها حتى يستطيع أن يحقق الإنسان توازنه المادي والروحي في طبيعة تكوينية متكاملة تكفل له حياة سوية وتحقق له صحة نفسية في إطار نفس مطمئنة وهذا ما تحقق في شخصية الرسول إذ مدحه ربه فقال ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَى خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾]القلم:**4**] كمثال ونموذج للنفس المطمئنة التي تحققت فيها جميع مؤشرات الصحة النفسية في أرقى مستوياتها.

(نجاتي، 1989 : 276-278)

في حين تعرف "**سري**" الصحة النفسية من المنظور الديني بأنها سلامة العقيدة وسلامة النفس والجسد من الأمراض والانحرافات والأهواء، وسلامة العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والجماعة.

(سري، 2000 : 30)

- منهج الإسلام في تحقيق الصحة النفسية:

لقد سعى الإسلام إلى تحقيق الصحة النفسية للإنسان الذي اختاره الله تعالى ليكون خليفته في الأرض ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ﴾]البقرة:٤١[، ذلك أن هذا الخليفة المكلف لن يستطيع أن يقوم بواجبه دون تحقيقه للصحة النفسية في ذاته وفي غيره من حوله.

و يذكر "**الشناوي**" كيف أن الإسلام يعتبر منهجاً في تحقيق الصحة النفسية للإنسان فيقول:

1. ربط المنهج الإسلامي الفرد بهدف سام فجعل غاية حياته عبادة الله سبحانه وتعالى وحده ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾]الذاريات:٦٧[، هذا الجانب وحده يمثل قمة ما يساعد الفرد على تحقيق التوافق والصحة النفسية، فالمسلم لا يعايش أي نوع من القلق لأنه يعرف غاية حياته، لكن الغربيين يعانون من فراغ وجودي فهم لا يعرفون غاية وجودهم وحياتهم مما يوقعهم هذا القلق مما يؤدي بكثير منهم إلى الاكتئاب وقضاء بقية أعمارهم في مصحات الأمراض النفسية، في الوقت الذي نجد فيه المسلم الذي عمر قلبه بالإيمان وأدرك بأنه راجع إلى ربه يتشوق أن يختم حياته بمزيد من العمل والاجتهاد في العبادة، هكذا منحت العقيدة الإسلامية للمسلم أول مفاتيح التوافق.

2. القلق والخوف والاكتئاب إنما هي في الواقع نتيجة الإحساس بانعدام الأمن، فالمسلم قد أغناه الله من فضله بأمن يستقيه من الإيمان وطمأنينة تزوده بها العبادات وذكر الله ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَئِكَ لَهُمُ الْأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ﴾]الأنعام:٩٣[، فالأمن يعتبر عنصراً هاماً من عناصر تحقيق الصحة النفسية، وإذا كان هذا مستمداً من الإيمان الحق، فإنه لا شك يساعد الفرد على سرعة استعادته لتوافقه.

3. تزودنا الشريعة الإسلامية الغراء بما يكفي لحماية حياة الإنسان من الضرر، ولذلك فهي تمثل ركناً أساسياً على طريق الوقاية من المرض النفسي ذلك أن الفقهاء يحددون مقاصد الشريعة في المحافظة على البدن والنفس والعقل والنسل والمال، ومن هنا وضع الفقهاء مجموعة كبيرة من القواعد الفقهية التي تساعد على تنظيم حياة المجتمع بما فيه من أفراد وجماعات، ولو نظرنا إلى أسباب الأمراض النفسية لوجدنا في مقدمتها ما يحدث من إحباط للدوافع والحاجات، والإسلام لم يمنع الإنسان من إشباع حاجاته بل إن ما ذكره القرآن الكريم من حاجات للإنسان يفوق ما ذكرته جميع نظريات الدوافع، كما أن الإسلام وضع أسس لإشباع الحاجات هي:

أ .أن يتحقق بإشباع الحاجة الوفاء بعبادة الله وعمارة الأرض.

ب.أن يكون إشباع الحاجة من مصدر حلال.

ت.الاعتدال في إشباع الحاجة.

جاء الإسلام مطهراً لنفوس البشر يحل لهم الطيبات ويحرم عليهم الخبائث، فقد حرم الخمر والربا والزنا وقتل النفس وهذه كلها من البلايا التي ابتليت بها المجتمعات الغربية، فانتشار المخدرات والخمور يؤدي إلى كثير من الحوادث التي يترتب عليها غياب العقل والجنون وإلى انتشار الجريمة، والإسلام يدعو إلى مكارم الأخلاق مما يساعد على تحقيق السلام بين أفراد المجتمع ويساعدهم على التمتع بالصحة النفسية، والإسلام يهتم بجانب المسئولية، ولو تحقق للفرد تحمله للمسئولية فسوف يتحقق له جانب كبير من جوانب الصحة النفسية، كما أن الإسلام يساعد الفرد على بناء شخصيته وتعديله لهذه الشخصية بمحاسبة نفسه دائماً، والإسلام ينظم العلاقات بين الأفراد بما يتحقق معه وجود المودة والرحمة، فالإسلام زود المؤمنين بوسائل تحقق له الأمن النفسي وتجعلهم في قمة الصحة النفسية، فالمعيار الذي وضعه الإسلام للصحة النفسية ليس معياراً وضعياً من صنع البشر وإنما هو معيار حدده لهم خالقهم جل وعلا ﴿يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ، ارْجِعِي إِلَى رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَّةً، فَادْخُلِي فِي عِبَادِي، وَادْخُلِي جَنَّتِي﴾]الفجر:٣٨-٤١[، فاتباع المسلم المنهج الإسلامي اتباعاً صادقاً هو خير ما يساعده على بناء شخصية سوية متوافقة.(الشناوي، 2001 : 9-14)

و بدراسة بعض الأدبيات والدراسات والأبحاث التي تناولت الصحة النفسية في الإسلام ومنها: (زيارة : 2009)،(أبو شهبة : 2007)،(الخطيب : 2006)،(نجاتي : 2002)،(الشناوي : 2001)،(العيسوي : 2001)(زهران : 1997)،(كفافي : 1997)،(أبو العزائم : 1994)،(نجاتي : 1989)،(نجاتي : 1987)،(الرفاعي : 1986)،(مرسي : 1983)،(زهران : 1979) وغيرها من الدراسات نجد أن منهج الاسلام يحقق أركان الصحة النفسية في بناء شخصية المسلم بتنمية الصفات الأساسية التالية:

1. قوة الصلة بالله:

وهي أمر أساسي في بناء المسلم في المراحل الاولى من عمره حتى تكون حياته خالية من القلق والاضطرابات النفسية. وتتم تقوية الصلة بالله بتنفيذ ماجاء في وصية الرسول صلى الله عليه وسلم لعبدالله بن عباس: **"يا غُلامُ إني أُعَلِّمُكَ كَلِماتٍ: احْفَظِ اللهَّ يَحْفَظْكَ، احْفَظِ اللهَّ تَجِدْهُ تُجاهَكَ، إذَا سَأَلْتَ فاسأَلِ اللهَّ، وَإذَا اسْتَعَنْتَ فاسْتَعِنْ باللهَّ واعْلَمْ أنَّ الأُمَّةَ لَوِ اجْتَمَعَتْ على أنْ يَنْفَعُوكَ بِشَيْءٍ لَمْ يَنْفَعُوكَ إلاَّ بِشَيْءٍ قَدْ كَتَبَهُ اللهُّ لَكَ، وَإنِ اجْتَمَعُوا على أنْ يَضُرُّوكَ بِشَيْءٍ لَمْ يَضُرُّوكَ إلا بِشَيءٍ قد كَتَبَهُ اللهُّ عَلَيْكَ، رُفِعَتِ الأقْلامُ وَجَفَّتِ الصُّحُف"**(أحمد : 233/2).

2. الثبات والتوازن الانفعالي:

الايمان بالله يشيع في القلب الطمأنينة والثبات والاتزان ويقي المسلم من عوامل القلق والخوف والاضطراب . قــال تعالــى: ﴿ يُثَبِّتُ اللهُ الَّذِينَ آَمَنُوا بِالقَوْلِ الثَّابِتِ فِي الحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الآَخِرَةِ وَيُضِلُّ اللهُ الظَّالِمِينَ وَيَفْعَلُ اللهُ مَا يَشَاءُ﴾]إبراهيم:٢٧[وقال سبحانه ﴿ قُلْنَا اهْبِطُوا مِنْهَا جَمِيعًا فَإِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ مِنِّي هُدًى فَمَنْ تَبِعَ هُدَايَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾]البقرة:٣٨[وقال جل جلاله ﴿ هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ المُؤْمِنِينَ لِيَزْدَادُوا إِيمَانًا مَعَ إِيمَانِهِمْ وَللهِ جُنُودُ السَّمَاوَاتِ وَالأَرْضِ وَكَانَ اللهُ عَلِيمًا حَكِيمًا﴾]الفتح:٤[.

3. الصبر عند الشدائد:

يربي الاسلام في المؤمن روح الصبر عند البلاء عندما يتذكر قوله تعالى: ﴿ لَيْسَ البِرَّ أَنْ تُوَلُّوا وُجُوهَكُمْ قِبَلَ المَشْرِقِ وَالمَغْرِبِ وَلَكِنَّ البِرَّ مَنْ آَمَنَ بِاللهِ وَاليَوْمِ الآَخِرِ وَالمَلَائِكَةِ وَالكِتَابِ وَالنَّبِيِّينَ وَآَتَى المَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي القُرْبَى وَاليَتَامَى وَالمَسَاكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَالسَّائِلِينَ وَفِي الرِّقَابِ وَأَقَامَ الصَّلَاةَ وَآَتَى الزَّكَاةَ وَالمُوفُونَ بِعَهْدِهِمْ إِذَا عَاهَدُوا وَالصَّابِرِينَ فِي البَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ البَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ المُتَّقُونَ﴾]البقرة:١٧٧[وقول الرسول صلى الله عليه وسلم:

"عجباً لأمر المؤمن إن أمره كله خير وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرا له"(مسلم، 1953 : 2999).

4. مرونة في مواجهة الواقع:

وهي من أهم مايحصن الإنسان من القلق أو الاضطراب حين يتدبر قوله تعالى: ﴿كُتِبَ عَلَيْكُمُ القِتَالُ وَهُوَ كُرْهٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾]البقرة:٢١٦[.

1. التفاؤل وعدم اليأس:

فالمؤمن متفائل دائماً لا يتطرق اليأس إلى نفسه فقد قال تعالى : ﴿يَا بَنِيَّ اذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِنْ يُوسُفَ وَأَخِيهِ وَلَا تَيْئَسُوا مِنْ رَوْحِ اللهِ إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رَوْحِ اللهِ إِلَّا القَوْمُ الكَافِرُونَ﴾]يوسف:٨٧] ويطمئن الله المؤمنين بأنه دائماً معهم، إذا سألوه فإنه قريب منهم ويجيبهم إذا دعوه: ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ﴾]البقرة:١٨٦] وهذه قمة الأمن النفسي للانسان.

2. توافق المسلم مع نفسه:

حيث انفرد الإسلام بأن جعل سن التكليف هو سن البلوغ للمسلم وهذا السن يأتي في الغالب مبكراً عن سن الرشد الاجتماعي الذي تقرره النظم الوضعية، وبذلك يبدأ المسلم حياته العملية وهو يحمل رصيداً مناسباً من الأسس النفسية السليمة التي تمكنه من التحكم والسيطرة على نزعاته وغرائزه وتمنحه درجة عالية من الرضا عن نفسه بفضل الإيمان والتربية الدينية الصحيحة التي توقظ ضميره وتقوي صلته بالله، حيث يقول سبحانه وتعالى ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَئِكَ لَهُمُ الأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ﴾ [الأنعام:82].

3. توافق المسلم مع الآخرين:

الحياة بين المسلمين حياة تعاون على البر والتقوى، والتسامح هو الطريق الذي يزيد المودة بينهم ويبعد البغضاء، وكظم الغيظ والعفو عن الناس دليل على تقوى الله وقوة التوازن النفسي ﴿وَلَا تَسْتَوِي الحَسَنَةُ وَلَا السَّيِّئَةُ ادْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ وَبَيْنَهُ عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ، وَمَا يُلَقَّاهَا إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَمَا يُلَقَّاهَا إِلَّا ذُو حَظٍّ عَظِيمٍ﴾]فصّلت:٣٤-٣٥].

- **أبعاد الصحة النفسية في الإسلام:**

بعد الاطلاع على الأدبيات والدراسات والأبحاث السابقة خلص الباحث إلى استنتاج عدد من أبعاد الصحة النفسية لتكون محاور هذه الدراسة التي يريد من خلالها الوصول إلى تحديد مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون والأبعاد هي:

1- البعد الروحي:-

والمقصود بالجانب الروحي هو صلة العبد بربه والتي يحفظ بها سموه وكماله واستقامته، وتتضمن : الإيمان بالله، والقبول بقضائه وقدره، وأداء العبادات مع الإحساس الدائم بالقرب من الله، ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ، قُلْ بِفَضْلِ اللهِ وَبِرَحْمَتِهِ فَبِذَلِكَ فَلْيَفْرَحُوا هُوَ خَيْرٌ مِمَّا يَجْمَعُونَ﴾]يونس:٦٨-٦٩]

2- البعد الاجتماعي :-

يتمثل هذا الجانب بالعلاقات الاجتماعية للشخص في الأسرة والمجتمع والآخرين من حوله، ومدى التزامه بالمعايير والاتجاهات الاجتماعية التي تحكم مجتمعه بما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية السمحة مما يضمن تحقيق قوله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾]الحجرات:٢٤]

3- البعد الجسماني:-

إن تحقيق الغاية من الوجود بطاعة الله وعبادته والدعوة إليه تحتاج إلى جهد وطاقة جسدية ؛ لذا حث الإسلام على الاعتناء بالبدن وصحته وقوته، والمقصود بالجانب الجسماني هو سلامة الجسم من الأمراض، وهذا يعني وقاية الفرد لنفسه باتباع العادات الغذائية الجيدة، وممارسة الرياضات والنشاط وإشباع الحاجات الجسمانية الفطرية باعتدال، كما وجه الله تبارك وتعالى بقوله ﴿يَا بَنِي آدَمَ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ﴾]الأعراف:٤٢].

4- البعد العقلي:-

و يشمل الوظائف العقلية مثل : الذكاء العام والقدرات الخاصة والعمليات العقلية كالإدراك والحفظ والتذكر والتخيل والتفكير والواقعية، ويوجهنا القرآن الكريم إلى إعلاء قيمة العقل، ويدعو الإنسان إلى أن ينمي عقله بالعلم والتأمل والتفكر، يقول تعالى ﴿سَنُرِيهِمْ آَيَاتِنَا فِي الآَفَاقِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّى يَتَبَيَّنَ لَهُمْ أَنَّهُ الحَقُّ أَوَلَمْ يَكْفِ بِرَبِّكَ أَنَّهُ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ شَهِيدٌ﴾]فصّلت:٦٤[.

5- البعد النفسي (الإنفعالي):-

يتضمن أساليب النشاط المتعلقة بالانفعالات المختلفة مثل : الحب والكره والخوف والغضب، والبهجة والسرور والسعادة والرضا والطمأنينة والأمل والتفاؤل والاتزان، ولقد جعل الله تعالى تحقيق الاطمئان النفسي بذكره فقال ﴿الَّذِينَ آَمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ الله أَلَا بِذِكْرِ الله تَطْمَئِنُّ القُلُوبُ﴾]الرعد:٣٩[.

ثانياً: متلازمة داون

تمهيد:

تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بدراسة الإعاقات وتأهيل المعاقين، وأفردت المؤسسات الدولية بنوداً خاصة في أدبياتها وقراراتها تتعلق بالإعاقة، كما أنشأت مجالس وهيئات دولية مختصة بالمعاقين، كذلك فعلت الحكومات في معظم دول العالم وأصبح لدى وزاراتها دوائر لمتابعة شئون ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالإضافة لذلك ظهرت في المجتمعات مؤسسات خاصة للدفاع عن حقوق المعاقين وتوفير خدمات وبرامج التأهيل اللازمة لهم، كما أن المختصين والباحثين انكبوا على دراسة أسباب ومظاهر ووسائل العلاج وطرق التأهيل لمختلف الإعاقات، وكان لمجتمعاتنا العربية نصيب من هذا كله.

و قد وصف العالم داون قبل ما يزيد عن المائة عام، أطفالاً يولدون بملامح مميزة اهمها الأعين المائلة، والرأس المستدير صغير الحجم نسبياً، والأيدي القصيرة، وبعض الملامح الخاصة. وما يلبث هؤلاء الأطفال أن يظهروا تباطؤاً في نموهم الحركي، والذي يتطور بالتالي إلى صورة من التخلف العقلي، وفي عام 1959 اكتشف العلماء خلل الكروموسومات المسبب للمرض، وقد عرف المرض طويلاً باسم مرض الطفل (المنغولي) وهي تسمية خاطئة لا تستخدم علمياً ولا مبرر لها، إذ لا علاقة لهؤلاء الأطفال بشعوب منغوليا.

الطفل المصاب بمتلازمة داون تحتوي كل خلية في جسمه على كوموسوم زائد، وبذلك فإن عدد الكروموسومات 47 وليس 46 كما هي الحال في الانسان العادي وتحديداً يكون هذا الكروموسوم الزائد في المكان 21 من مخطط الكرموسومات. (العريض، 2003 : 263)

تعريف متلازمة داون:

- المتلازمة أو الزملة:

إن كلمة متلازمة تعني مجموعة من الأعراض أو العلامات الجسمية التي تظهر على أكثر من طفل وبشكل متكرر ولها سبب محدد.و هي مأخوذة من كلمة "لزم الشيء" أي إذا ظهر ارتخاء في العضلات وتفلطح في الوجه مع عيوب خلقية في القلب فإنه "**يلزم**" أن يوجد صغر في الأذن وخط وحيد في كف اليد وصغر في اليدين وغيرها. وهذه الأوصاف كلها مجتمعة إذا تكررت في أكثر من طفل بنفس أو قريبة من هذه الأعراض أطلق عليها كلمة "متلازمة" وأعطي لها اسم مخصص كمتلازمة داون أو متلازمة ادوارد وغيرها. والمتلازمة هي في الحقيقة كلمة متلازمة من الناحية الطبية رديفه لكلمة "مرض" أو "حالة".فنستطيع أن نقول تجاوزاً "مرض داون" أو "حالة داون".

(السويد، 2009 : 9)

هي مجموعة من العلامات والأعراض المرضية التي تحدث معاً مجتمعةً وتعرف بمرض أو أذى محدد ومعين. (Nicolosi & others, 1989: 259)

- متلازمة داون:

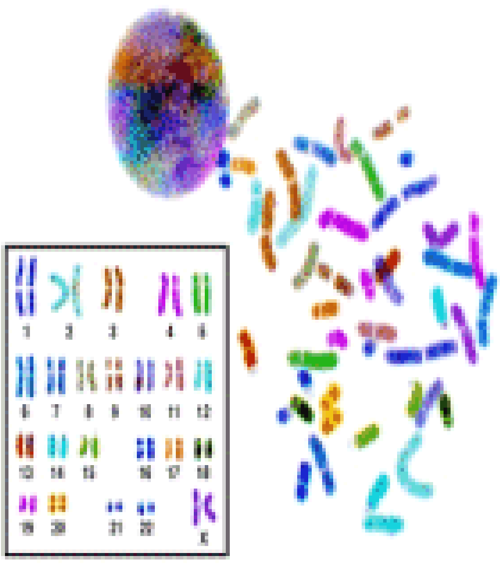
هي متلازمة من التخلف العقلي (من بسيط إلى شديد) مرتبط بتعدد الإعاقات الناتجة عن تواجد الكرموسوم 21 ثلاث مرات بدلاً من مرتين في بعض أو في جميع خلايا الإنسان اكتشفها العالم الانجليزي (1828-1896) J. L. H. Down. وتتميز هذه الحالة بتأخر عام في النمو، الوجه المسطح، قصر في الخيط الجلدي الذي يربط الجفن العلوي للعين، بروز للشفة السفلى للفم، أذن صغيرة دائرية مع تشوهات في الأذن الخارجية، لسان خشن ومشقق، أيدٍ وأقدام مدببة، أصابع قصيرة واعوجاج في البنصر، درجات متنوعة من فقد السمع، وكذلك اضطراب في عملية التخاطب. (Nicolosi & others, 1989: 86)

متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموسوم 21 نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحباً لتخلف عقلي، وقد تم التعرف عليه لأول مرة ووصفه عام 1966 عن طريق الطبيب جون لتجدون داون (John Langdon down).

(Braitser & Winter 1996: 1-2)

متلازمة داون عبارة عن حالة خلقية، أي أنها عند الطفل منذ الولادة و أن الحالة كانت لديه منذ اللحظة التي خلق فيها.و هو ناتج عن زيادة في عدد الصبغات (الكروموسومات). و الكروموسومات عبارة عن عصيات صغيرة داخل نواة الخلية ،تحمل هذه الكروموسومات في داخلها التفاصيل الكاملة لخلق الإنسان.فيحمل الشخص العادي–ذكراً كان أو أنثى– 46 كروموسوماً، وهذه الكروموسومات تأتي على شكل أزواج، فكل زوج عبارة عن كروموسومين (أي 23 زوجاً أو 46 كروموسوماً) .هذه الأزواج مرقمة تدريجياً من واحد إلى اثنين وعشرين، بينما الزوج الأخير (الزوج 23) لا يُعطى رقماً بل يسمى الزوج المحدّد للجنس. يرث الإنسان نصف عدد الكروموسومات (23) من أمه والثلاثة والعشرين الأخرى من أبيه.

شكل رقم (2.1)



شكل يوضح حالة الكروموسومات

اكتشف العالم الفرنسي ليجون في عام 1959م أن متلازمة داون ناتجة عن زيادة نسخة من كروموسوم رقم (21). فأصبح مجموع الكروموسومات في الخلية الواحدة (47) كروموسوماً بــدلاً من العدد الطبيعي (46). (السويد، 2009 : 8)

نسبة حدوث وشيوع متلازمة داون:

في حقيقة الأمر لا توجد نسبة ثابتة لاحتمالية إنجاب طفل لديه متلازمة داون فقد اختلفــت المراجع، ولكن يمكن القول أن من بين كل (600–900) طفل حديثي الولادة يكون لديه متلازمة داون، وكذلك فإنه وللأسف الشديد لم تتوفر دراسة في الوطن العربي حول نسبة احتمال إنجاب طفل متلائزمة داون، ولكن هناك دراسات في المملكة العربية السعودية أشارت إلى أن هناك طفلاً واحداً بين كل (800–1000) طفل يولدون في المملكة العربية السعودية بينهم طفل واحد لديه أعراض متلازمة داون.

(يوسف وبورسكي، 2001 : 49)

و مع أن 75% من الأجنة التي لديها متلازمة داون (متلازمة كروموسوم 21 الثلاثــي) تنتهي بإجهاض تلقائي من دون أي تدخل طبي، إلا انه يولد طفل لدية متلازمة داون لكل 600 إلى 1000 ولادة لأطفال أحياء.كما أن 80% من أطفال متلازمة داون يولدون لأمهات أعمــارهن لا تتجاوز 35 سنة، مع أن احتمال ولادة طفل بمتلازمة داون يزداد بزيادة عمر المرأة والسبب لأن معظم المواليد(كانوا سليمين أو مصابين) يولدون لأمهات أعمارهن أقل من 35 سنة.

(السويد، 2009 : 6)

و تحدث حالة الداون تقريباً بنسبة 1 من بين 800 من المواليد الأحياء.

(مؤسسة الداون سندروم، 2001 : 3)

وكل عام يولد حوالي 3–5 آلاف طفل مصاب بمتلازمة داون، ويعتقد أن حوالي 250.000 عائلة في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم أطفال مصابون بمتلازمة داون.

(Hersen& Ammerman , 2000 : 341)

تحدث تقريباً بنسبة 1:600 – 1:800 في المواليد الجدد.

(Hassold & Patterson, 1999 : 67)

الثلاثي الكرموسومي البشري الوحيد الذي يعيش به عدد مهم من الأفراد أكثر من عام هو الثلاثي الكرموسومي رقم 21 (Trisomy 21) و هو ما يعرف أيضاً بمتلازمة داون، وهي تحدث بمستويات عالية بنسبة تقريبية واحد في كل 700 مولود حي. (Thomas, 2003:108)

متلازمة داون تصيب تقريباً واحد من كل 700 مولود حي، وهي على الرغم من ذلك السبب الجيني الأكثر شيوعاً للتخلف العقلي لدى البشر. (Hassold & Patterson, 1999:75)

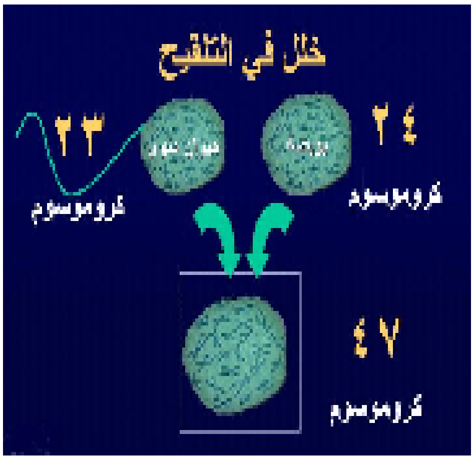
متلازمة داون والاضطرابات الكروموسومية:

هناك حالات مختلفة من التخلف االعقلي تعود إلى اضطرابات كروموسومية. وتعتبر الحالة المعروفة باسم متلازمة داون (Down Syndrome) أو ما يعرف أيضاً باسم المنغولية (Mongolism) أكثر الاضطرابات الكروموسومية المرتبطة بالتخلف العقلي شيوعاً. وتتمثل المشكلة الأساسية في هذا الاضطراب بكون الطفل المصاب لديه (47) كروموسوماً بدلاً من (46) وهوالعدد الطبيعي. (الخطيب والحديدي، 2005 : 73)

لقد ذكرنا أن متلازمة داون ناتجة عن زيادة في عدد كروموسومات رقم 21، دعونا نتابع انقسامات الخلية لنصل إلى المرحلة التي حدثت فيها الزيادة. دعونا نرجع إلى تكوين البويضة في المرأة والحيوان المنوي عند الرجل. في الأصل –و بشكل مبسط لأن الأمر أكثر تعقيدا من ذلك – تخلق البويضة وأيضاً الحيوان المنوي من خلية طبيعية تحتوى على 46 كروموسوماً وذلك بانشطارها إلى نصفين لتكّون بويضتين أو حيوانين منويين، يكون في كل نصف 23 كروموسوماً. فإذا حدث خلل في هذا الانقسام ولم تتوزع الكروموسومات بالتساوي بين الخليتين يصبح في إحدى الخليتين (أي البويضة أو الحيوان المنوي) 24 كروموسوماً و الخلية الأخرى (البويضة أو الحيوان المنوي الآخر) على 22 الباقية. هنا تبدأ المشكلة. لو فرضنا مثلا أن هذا الخلل في الانقسام حدث في مبيض المرأة (علماً إنه من الممكن أن يحدث في الرجل) فأصبحت إحدى البويضات فيها 24 كروموسوماً بدل 23، ثم لقح هذه البويضة حيوان منوي طبيعي (أي يحمل 23 كروموسوماً) فإنه يصبح مجموع عدد الكروموسومات 47 بدل العدد الطبيعي وهو 46. فإذا كانت النسخة

الزائدة هي نسخة ثالثه من كروموسوم 21 سميت هذه الحالــة بمتلازمــة داون، وإذا كانــت مــن كروموسوم 18 سميت بمتلازمة إدوارد، وإذا كانت من كروموسوم 13 سميت بمتلازمة باتاو . هذه أسماء لحالات مختلفة نتيجة لزيادة في عدد الكروموسومات.إن وجود ثلاث نسخ مــن كروموســوم 21 هو الذي جعل الاسم الآخر لمتلازمة داون هو متلازمة كروموسوم 21 الثلاثــي أو متلازمــة تثلث كروموسوم 21. .كما ذكرنا فإن الزيادة في الكروموسومات قد تحدث في بويضة المرأة أو في الحيوان المنوي عند الرجل ولكن في حالة متلازمة داون اكتشف الأطباء أن الزيــادة تكــون فــي البويضة في حوالي 95%من الحالات والباقي في الحيوان المنوي من الرجل.

شكل رقم (2.2)



شكل يوضح الخلل الحاصل عند الإخصاب

(السويد، 2009 : 11)

كل خلية من خلايا جسم الشخص العادي تحتوي على 46 كروموسوماً وتترتب هذه الكروموسومات بشكل أزواج متماثلة. لذا فإن كل خلية تحتوي على 23 زوجاً من الكروموسومات المتماثلة يأتي فرد من هذه الأزواج من الأم والآخر من الأب.

إلا أن الخلية الجنسية في كل من البويضة أو الحيوان المنوي تحتوي على نصف هذا العدد فقط. أي على 23 كروموسوماً وعند الإخصاب تلقح بويضة الأم التي تحتوي على 23 كروموسوماً بواسطة الحيوان المنوي للأب، حيث يحتوي هو الآخر على 23 كروموسوماً أي بمعنى اخر.. فإن

الخلية الملقحة تحتوي على 23+23 = 46 كروموسوماً وهي الخلية الاولى التي تبدأ عملها بالانقسام لتكوين جسم الجنين.

كذلك فإن الاختلال او التشوه الكروموسومي يحصل عندما لا يكون هناك العدد المثالي من الكروموسومات وهي 46، فالأطفال من فئة متلازمة (داون) لديهم كروموسوم إضافي أي أن كل خلية من خلايا الطفل تحتوي على 47 كروموزوما. (العريض، 2003 : 267)

الكروموسومات عبارة عن مخلوقات صغيرة جداً يحمل كل منها مئات الجينات ويوجد في كل خلية زوجً من الكروموسومات بالإضافة إلى كروموسومي الجنس اللذين يظهران عند الأنثى (XX) وعند الذكر (XY) وبذلك يكون في كل خلية جسمية 46 كروموسوماً.

أما خلايا الأمشاج التي تتكون عن طريق الانقسام المينوزي فتضم نصف هذه الكروموسومات فقط وعندما يلتقي مشيج ذكري " حيوان منوي " أو مشيج أنثوي " البويضة " من 23 كروموسوماً فقط وعندما يلتقي مشيج ذكري مع مشيج أنثوي يكونان معاً الخلية الأولى وتسمى " زيجوت Zygote " وتضم 46 كروموسوماً. حيث يلتصق كل كرموسوم من مشيج الأم مع نظيره من مشيج الأب ليكونوا 23 زوجاً من الكروموسومات.

و يعتمد نمو الخلية الأولى " الزيجوت " من نطفة إلى علقة فمضغة ثم جنين على عاملين هما: سلامة الكروموسومات وسلامة عملها. فأي خطأ في الكروموسومات أو في عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية تتلف خلايا الدماغ وتؤدي الجهاز العصبي، ومن هذه الأخطاء زيادة كرموسوم في الخلية أو غياب كرموسوم آخر ليس نظيراً له.

وتنتج أخطاء الكروموسومات عن فشل إنفصال أزواج الكروموسومات (non–disjunction) أثناءالانقسام المينوزي لخلايا الجسم فإذا حدث الفشل أثناء انقسام الخلية الأولى "الزيجوت" نتجت خلية بها 47 كروموسوماً وأخرى بها 45 كروموسوماً وعادة تموت الخلية الأخيرة، أما الخلية التي بها كروموسوم زائد فتقسم إلى خليتين بكل منهما 47 كروموسوماً وهكذا تستمر عملية تكاثر الخلايا بالانقسام المينوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا بكل منها كروموسوم زائد ويظهر عرض المرض في هذه الحالة نقياً.

أما إذا انقسمت الخلية الأولى " الزيجوت " إلى خليتين سليمتين وحدث فشل انفصال الكروموسومات في انقسام إحدى الخليتين ولم يحدث في الخلية الثانية نتجت أربع خلايا:

خليتان سليمتان وثالثة بها 47 كروموسوماً ورابعة بها 45 كروموسوماً، تموت الخلية الأخيرة ولا تتكاثر عادة، أما الخليتان السليمتان فتقسمان إلى أربع خلايا سليمة وتنقسم الخلية المريضة إلى خليتين بكل منهما 47 كروموسوماً، وهكذا تستمر عملية تكاثر الخلايا بالانقسام المينوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا سليمة وأخرى غير سليمة ويظهر عرض المرض في هذه الحالة غير نقي.

وتنتج أخطاء الكروموسومات أيضاً عن انفصال أزواج الكروموسومات أثناء الأقسام المينوزي لتكوين الأمشاج حيث يكون بالمشيج كرموسوم زائد أو ناقص أو به جزء من كرموسوم آخر، فإذا حدث تلقيح من هذا المشيج كانت الخلية الأولى مريضة فإذا استمرت في الحياة انقسمت إلى خليتين مريضتين وانقسمت الاخيرتان إلى أربع خلايا مريضة.

وهكذا يستمر تكاثر الخلايا بالانقسام المينوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا غير سليمة ويظهر عرض المرض نقياً.

وتسبب أخطاء الكروموسومات اضطرابات بيوكيميائية تؤثر على عملية التمثيل الغذائي للخلية وتؤدي إلى موتها وعدم استمرار الحمل أو تؤدي إلى تشوه الجنين وإصابته بالتخلف العقلي.

وهناك بعض الأعراض المرتبطة بعدد كروموسومات الخلية وأهم هذه الأعراض: عرض داون، عرض تيرنر، عرض كلاني فلتر وسفر حجر الرأس. (مرسي، 1996 : 199–123)

أنواع وتصنيفات متلازمة داون:

1- كذلك فإن الاختلال أو التشوه الكروموسومي يحصل عندما لا يكون هناك العدد المثالي من الكروموسومات وهي 46، فالأطفال من فئة متلازمة (داون) لديهم كروموسوم إضافي أي أن كل خلية من خلايا الطفل تحتوي على 47 كروموسوماً.. ويلاحظ انه في زوج الكروموسومات رقم 21 يكون هناك 3 نسخ من هذا الكروموسوم بدلاً من نسختين. ويعود السبب في ذلك إلى أن انقسام البويضة التي تحصل في جسم الأم قبل الإخصاب أو انقسام الحيوان المنوي الذي يحصل في جسم الأب لا يكون انقساماً طبيعياً، فلا يحصل الانفصال الطبيعي لزوج الكروموسوم 21 بل تكون كلتا النسختين من هذا الكروموسوم متجهتين نحو بويضة واحدة أو

حيوان منوي واحد، لذا تحتوي هذه الخلية الجنسية غير الطبيعية على عدد زائد من كروموسوم 21. هذا النوع من الاختلال الكروموسومي يسمى التثلث.

2- هناك نوع آخر من الاختلال الكروموسومي وهو الانكسار.. ويحصل عادة لدى 3-4% من مرضى متلازمة داون، حيث يحصل انكسار في كروموسوم 21 في الأب أو الأم ويلتصق الجزء المنكسر بكروموسوم آخر، وعندما يحصل الطفل على هذه الخلية الجنسية المحتوية على الكرموسوم المنكسر، يكون في خلايا جسمه مادة من كروموسوم 21، أي الزوج العادي من كرموسوم 21 إلى جانب الجزء المنكسر. إن أحد الأبوين هنا يكون مصدر الجزء المنكسر واحتمال إنجاب طفل مصاب آخر يكون احتمالاً كبيراً.

3- النوع الثالث هو الخليط Mosaicsm أي إن بعض خلايا جسم الطفل وليس كلها تحتوي على 47 كروموسوماً وبعضها الآخر يحتوي على 46 كرموسوماً وتكون درجة ظهور الحالة في هذا الطفل أقل، سواء من حيث المظهر أو العقل.

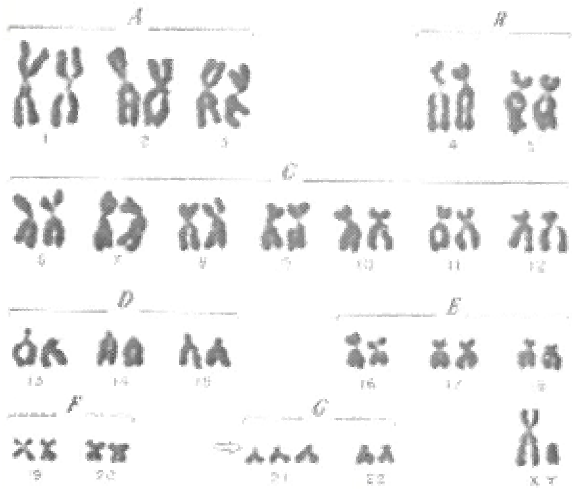
(العريض، 2003 : 268-269)

يحدث الانقسام الثلاثي الذي يسبب متلازمة داون نتيجة ثلاث حالات:-

1) <u>الحالة الأولى :- ثلاثي 21 (Non – Disjunction)</u>

نتيجة خطأ في التوزيع الكروموسومي قبل الحمل فعندما يتم الانقسام الاختزالي لا تكون الكروموسومات موزعة بين الخليتين الجديدتين بسبب هذا الانقسام مما يؤدي إلى أن تحصل إحدى الخليتين على كرموسوم زائد بينما لا تحصل الخلية الأخرى على مثل هذا الكروموسوم مما يجعل إحدى الخلايا تحتوي على 24 كروموسوماً بدلاً من 23 كما هو الحال في الخلية العادية وهذه الحالة هي أكثر أسباب حدوث متلازمة داون.

شكل رقم (2.3)



حالة الكروموسومات في النوع الأول من متلازمة داون "ثلاثي 21" Non- Disjunction

2) <u>الحالة الثانية:- الانتقالي (Translocation)</u>

التي يحدث فيها الانقسام الثلاثي وبالتالي متلازمة داون هو شذوذ الكروموسومات بسبب تغيير الموقع إذ يحدث فيه ارتباط كروموسومي مع كرموسوم آخر بعملية التصاق ويمكن ان يحدث في أي كرموسوم لكنه أكثر شيوعاً في مجموعات الكروموسومات 13،14، 15، 21، 22،23. وفي ثلث حالات انتقال الموقع فإن أحد الوالدين يكون حاملاً لهذا الخلل أي كمية زائدة من الكروموسوم 21 مما ينتج عنه مجموعة من كرموسوم بدلاً من زوج منها.

شكل رقم (2.4)

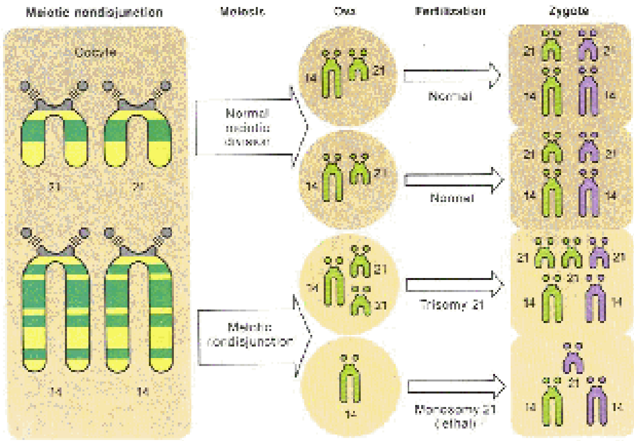


حالة الكروموسومات في النوع الثاني من متلازمة داون "الانتقالي" Translocation

3) <u>الحالة الثالثة:- الفسيفسائي (Mosaic)</u>

التي يحدث فيها الانقسام الثلاثي هو حدوث شذوذ في الكروموسومات بعد حدوث الإخصاب إذ يحدث خطأ في توزيع الكروموسومات بمجرد أن تبدأ البويضة الخصبة في الانقسام مما يؤدي إلى عدم انفصال احد الكروموسومات فتحتوي الخلية الجديدة بالتالي على كرموسوم واحد. ويسبب نقص الكروموسوم في الخلية الثانية فإنها تموت وتبقى الخلية الأولى التي تحتوي على كرموسوم زائد في الانقسام وهذا الخطأ في الخلية الأولى نتيجة للانقسام ستستمر خلايا الجسم في الانقسام حاملة ثلاثية الكروموسوم الذي حدث فيه الشذوذ.

شكل رقم (2.5)



حالة الكروموسومات في النوع الثالث من متلازمة داون "الفسيفسائي" Meiotic Division

(السرطاوي والصمادي، 1998 : 300-301)

أسباب حدوث متلازمة داون:

الكثير تناول العوامل التي تزيد من احتمال إنجاب طفل بمتلازمة داون. وبعض التقارير تحدثت أن من هذه العوامل:

- التعرض للبيئة وطبيعة العمل ومنها: التعرض للمبيدات الحشرية، للمعادن الثقيلة، للنفايات السامة، وللمجال الكهرومغناطيسي.

- التعرض للأمور الطبية ومنها: التعرض لأشعة إكس، والتخدير.

- تعاطي الأدوية المتعلقة بالحمل والخصوبة ومنها: حبوب منع الحمل، أدوية زيادة الحيوانات المنوية، وعقاقير الخصوبة.

- عوامل سلوكية منها: التدخين، تعاطي الكحول، تعاطي المشروبات التي تحتوي على الكافيين.

- عوامل أو استعدادات داخلية جسمانية تتعلق بعمر الأب أو درجة القرابة بين الأبوين أو مناعة الدرقية أو وجود تنوع كروموسومي وازدواجية في تنظيم الخلايا أو النواة.

- يبقى أن نؤكد على أهمية أنه لم يتم إثبات أن هذه العوامل لها علاقة بالتثلث الصبغي.

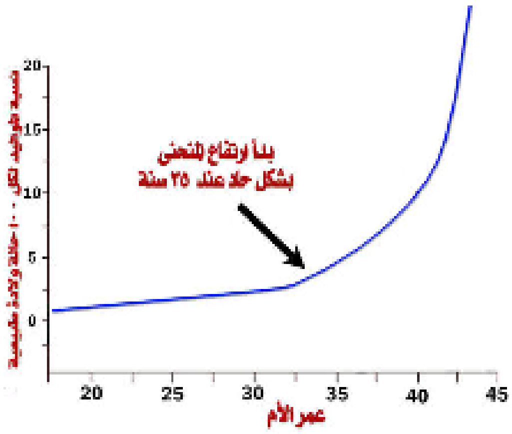
- كما أنه في الحقيقة ورغم الدراسات الكثيرة يبقى عامل واحد لا يقبل الجدل له مرتبط بالتثلث الصبغي وهو زيادة عمر الأم أو تقدم المرأة في السن.(Hassold & Patterson, 1998:73)

- متلازمة داون وعمر الأم والأب:

لوحظ بعد إجراء العديد من الدراسات على هذا المرض أن احتمال الحصول على طفل من فئة متلازمة داون يكون أكبر إذا تعدت الأم الحامل سن الــ35 سنة، أو إذا كان عمر الأب عند حدوث المرض أكثر من 50 سنة.(العريض، 2003 : 270)

إن الأسباب الحقيقية وراء حدوث متلازمة داون غير معروفة.و لذلك نحن نقول لك أنك لم تفعل أي شيء يمكن أن يؤدي لحدوث هذه المتلازمة. كما أنها لم تحدث بتركك أمراً مهماً. كما أنه لم يكن بمقدورك منع حدوثها عن طريق الالتزام بالصحة أو التغذية أو المتابعة الطبية قبل أو خلال الحمل .تحدث متلازمة داون في جميع الشعوب وفي كل الطبقات الاجتماعية وفي كل بلاد العالم. إن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى زيادة الكروموسوم رقم 21عند انقسام الخلية غير معروف. ليس هناك علاقة بين هذا المرض والغذاء ولا أي مرض قد تصاب به الأم أو الأب قبل أو خلال الحمل . هناك علاقة واحدة فقط ثبتت علمياً وهي ارتباط هذه المتلازمة بعمر الأم. فكلما تقدم بالمرأة العمر زاد احتمال ولادة طفل بمتلازمة داون، ويزداد الاحتمال بشكل شديد إذا تعدت المرأة 35 سنة. ولكن هذا لا يعني أن النساء الأصغر من 35 سنة لا يلدن أطفالا بمتلازمة داون.بل في الحقيقة إن أغلب أطفال متلازمة داون ولدوا لأمهات أعمارهن أقل من 35 سنة ويعزى ذلك إلى عدد الولادة بشكل عام أعلى للأمهات اللاتي أعمارهن أقل من 35 مقارنة بالنساء الأكبر سناً، .وإذا عرفنا أن المرأة معرضة في أي وقت لأن تلد طفلاً بمتلازمة داون فإن عدد (وليس نسبة) الأطفال بمتلازمة داون للنساء الصغيرات سوف يكون أكبر من النساء الأكبر سناً.

شكل رقم (2.6)



شكل يوضح العلاقة بين متلازمة داون وعمر الأم

(السويد، 2009 : 10-11)

جدول رقم (2.1)

نسبة حدوث إنجاب طفل بمتلازمة داون كلما تقدم عمر الأم

عمر الأم بالسنة	احتمال إنجاب طفل داون كلما تقدم عمر الأم
20	2000 : 1
25	1200 : 1
30	900 : 1
35	350 : 1
40	100 : 1
45	30 : 1
49	10 : 1

(يوسف وبورسكي، 2001 : 21)

الخصائص المميزة لذوي متلازمة داون:

يتصف ذوو متلازمة داون بالعديد من الخصائص والصفات الجسمانية والأعراض المرضية نذكر ما يلي:

1- هبوط بسيط في عظم الأنف العلوي.
2- الاذن الصغيرة.
3- الفم الصغيرة واللسان البارز.
4- قصر القامة.
5- صغر اليدين وامتلاؤهما وقصر الأصابع.
6- اعوجاج بسيط في الأصبع الصغير (البنصر). (العريض، 2003 : 266)
7- ارتخاء (ليونة) في العضلات مقارنة بالأطفال العاديين. في العادة يتحسن الارتخاء مع تقدم العمر مع أنها لا تختفي بشكل كامل.
8- قد يكون وزن الطفل عند الولادة أقل من المعدل الطبيعي كذلك الشأن بنسبة لطول القامة ومحيط الرأس.كما أن الطفل يزيد وزنه ببطء خاصة إذا صاحبها صعوبات ومشاكل في التغذية والرضاعة.
9- في كثير من الأحيان يكون اتجاه طرف العين الخارجي إلى أعلى وفتحة العينين صغيرتين.كما يكثر وجود زائدة جلدية رقيقة تغطي جزءاً من زاوية العين القريبة من الأنف.و قد تعطي إحساساً بأن لدى الطفل حول ولكن هذا الحول في كثير من الأحيان حولاً كاذباً بسبب وجود هذه الزائدة الجلدية،و لكن يجب دائما استشارة طبيب العيون المختص.
10- قد يكون الجزء الخلفي من الرأس مسطحاً وبذلك تضيق استدارة الرأس ويصبح الرأس على شكل مربع أكثر منه إلى دائرة.
11- بعض الأطفال لديهم خط واحد في كف اليد بدلا من الخطوط المتعددة. كما أن الأصابع في العادة أقصر من الطبيعي. وفي كثير من الأحيان تجد أن الأطباء يكثرون من النظر إلى كف اليد ليتفحصوا تلك الخطوط. (السويد، 2009 : 8)
12- تأخر في نمو الأسنان.
13- نقص في إفرازات الغدة الدرقية. (العريض، 2003 : 279)
14- رقبة عريضة قصيرة.
15- ارتفاع وضيق أعلى باطن الفك أو الفم (الفك العلوي).

16- إنبساط الوجه. (السرطاوي والصمادي، 1995 : 302-303)

17- انخفاض توتر عضلة اللسان يؤدي إلى انحراف في الشفة السفلي، وانخفاض في الفك السفلي، وكذلك انفتاح الفم ، وبالتالي اندفاع اللسان إلى الأمام ، وتأخر أو نمو غير سليم أو منتظم للأسنان. (يوسف وبورسكي، 2001 : 30)

18- عيوب خلقية بالقلب.

19- تخلف عقلي.

20- أكثر خطراً للإصابة باللوكيميا (سرطان الدم).

21- أكثر خطراً للإصابة بالزهايمر. (Hassold & Patterson, 1998:75)

22- تأخر في النمو الحركي النفسي والجسماني.

23- أكثر عرضة لأمراض الجهاز التنفسي (Thomas,2003:108)

24- مشكلات الرضاعة: قد لا تكون لديهم القوة الكافية للمص في الأيام الاولى من العمر.و قد لا يكون لديهم التناسق الضروري للمص والبلع والتنفس في نفس الوقت. وقد تكثر حالات الشرقة أو الغصة بالحليب.

25- يتأخر الطفل الذي لديه متلازمة داون في اكتساب جميع المهارات الإنمائية(الحركية والعقلية والنطق والتخاطب ومهارات الاحتياجات اليومية) مقارنه بأقرانه العاديين.

(السويد، 2009 : 7-9)

26- قصر اليد وعرضها وانحدار أو زيادة عدد الأصابع وارتخاء عضلات الأصابع.

27- وجود مسافة بين أصبع القدم الكبير وما يليه ووجود التئام أو تضخم أو انبساط في أصابع القدم.

28- قدم قصيرة وأطراف قصيرة ومتضخمة.

29- صعوبات في التنفس وفي وظائف الرئتين.

30- نقص الفيتامينات والكالسيوم.

31- ضغف العظام والأنسجة العصبية.

(السرطاوي والصمادي، 1998 : 302- 303)

أعمار المصابين بمتلازمة داون:

إنه وللأسف الشديد فإنه وللأسف الشديد فإن الكثير من الدلائل والمراجع أشارت إلى أن ما نسبته (25-30%) من الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يموتون في مرحلة المهد (الأطفال الرضع)، وقد تكون المعلومات الأكثر إحباطاً لنا أن (50%) من هؤلاء الأشخاص يموتون قبل سن الخمس سنوات، وإذا ما صعدنا إلى الفئات العمرية الأكبر فإن هؤلاء الأشخاص يموتون بمعدل (5-6) مرات أكثر من أقرانهم العاديين، ولعله من المثير للدهشة أن (8%) فقط من هؤلاء الأشخاص يصلون إلى عمر يزيد عن الأربعين عاماً، ومن النادر جداً أن نجد شخصاً يحمل أعراض داون بعمر الستين، ولكن نعود ونقول إن هذه مجرد دراسات وإن الأعمار بيد الله عز وجل وحده.(يوسف وبورسكي، 2002 : 51)

ومن أهم الأسباب التي تؤدي لوفاتهم:-

- العيوب الخلقية بالقلب.
- مرض اللوكيميا. (Mikkelson, 1990 : 75-82)

الفحص والكشف الطبي عن متلازمة داون:

1- عينة من السائل المحيط بالجنين Amniocentesis

أحد الاختبارات التشخيصية التي قد تكون الموصى بها من قبل مقدمي الرعاية الصحية نتيجة مخاوف اضطرابات جينية أو وراثية معينة قد تكون موجودة في الجنين وذلك بعد مرور (14-20) أسبوعاً على الحمل رغم أن هناك من يقوم بالفحص بعد (11) أسبوعاً من الحمل.

يستخدم التصوير بالموجات فوق الصوتية كدليل لتحديد مكان آمن للإبرة للدخول في كيس السائل الأمنيوسي بحيث يمكن إزالتها بأمان، ويتم جمع عينة من السائل الامنيوسي من خلال إبرة، يستغرق الأجراء حوالي 45 دقيقة وذلك على الرغم من أن جمع السائل تستغرق أقل من خمس دقائق. يتم إرسال العينة إلى المختبر للتحليل ويستغرق ظهور النتائج من بضعة أيام إلى أسبوعين.

(National Library of Medicin)

2- **عينة دم من الحبل السري عن طريق الجلد** Percutaneous Umbilical Blood Sampling (PUBS)

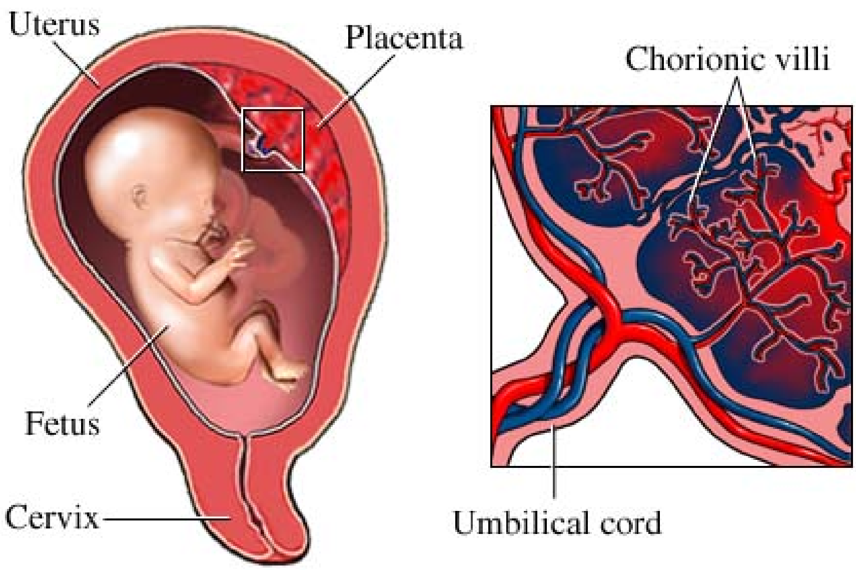
وهي من أحدث الطرق من خلال استخدام الموجات الفوق صوتية ويمكن استخدامها لتأكيد نتائج عينة المشيمة أو عينة السائل الأمنوسي، وتتم من خلال ادخال إبرة رفيعة يتم إدخالها إلى الحب السري من خلال جدارالبطن والرحم لسحب عينة صغيرة من الدم من الجنين ويتم إرسال العينة للمختبرحيث أنالنتائج تكون جاهزة بعد 72 ساعة. يذكر أن هذا الفحص لا يمكن إجراؤه قبل 18 أسبوعاً من الحمل. (American & Pregnancy Association)

3- **عينة من المشيمة** : Chronic villas sampling (CVS)

يتم سحب عينة من المشيمة في الفترة بين 10 إلى 12 أسبوع من الحمل وهي تتطلب أخذ مثقال ذرة من المشيمة والتحديد من النسيج الداخلي الذي ستطور إلى مشيمة ويتم فحص النسيج لمعرفة وجود مواد زائدة من الكرموسوم ويمكن أخذ العينة من عنق الرحم.

(webmd.com)

شكل رقم (2.7)



(Nucleus Communications, Inc.)

شكل يوضح كيفية أخذ عينة من المشيمة

الوقاية من حدوث متلازمة داون:

يذكر "**الشخص والصمادي**" أن حالات متلازمة داون ترتبط في انتشارها طردياً مع تقدم الأم في العمر، والأمهات في أعمارهن أكبر من 35 سنة هن الأكثر عرضة لإنجاب أطفال مصابين بمتلازمة داون ويزداد هذا التوقع أكثر بعد سن الأربعين ويزداد كثيراً بعد سن الخامسة والأربعين، لذا ينصح كإجراء وقائي بعدم حمل الأم بعد سن 35 عاماً وهذا الإجراء من شأنه أن يقلل كثيراً من انتشار حالات متلازمة داون.

يلزم عمل تحليل للكرموسومات للمتزوجين قبل حدوث الحمل للتعرف على خطورة إنجاب أطفال لديهم أمراض وراثية كإجراء وقائي للحد من انتشار الأمراض الوراثية.

إجراء الفحوصات الطبية وطلب الاستشارة في حالة حدوث حمل لدى الأم التي سبق وأن أنجبت طفلاً مصاباً بمتلازمة داون: إذ إن الإجراءات التشخيصية المبكرة مفيدة حيث يتم تشخيص هذه الحالات أثناء الحمل عن طريق التحاليل التشخيصية التي تم ذكرها سابقاً خاصة للأمهات كبار السن أو اللاتي أنجبن حالات دون سن قبل. وعدد اكتشاف وجود عيوب كروموسومية لدى الجنين فإن الإرشاد الوراثي يأخذ دورة ويكون القرار راجعاً للوالدين.

كما أن الآباء الذين أنجبن طفلاً لديه حالة داون عليهم أن يستشيروا متخصصين في الوراثة لإجراء الفحوص اللازمة لمعرفة توقع إنجاب أطفال آخرين لديهم هذه الحالات.

قد تظهر البحوث في السنوات القادمة وجود حالات أخرى يزداد لديها احتمال إنجاب أطفال لديهم مشكلات راجعة لشذوذ الكروموسومات. وعلى سبيل المثال فقد أصبح معروفاً أن الأمهات اللاتي تعرضن لالتهاب الكبد الوبائي يصبحن عرضة لإنجاب أطفال لديهم شذوذ في الكرموسومات (ومنها حالات متلازمة داون) حيث إن الفيروس المسبب للإلتهاب الكبدي الوبائي يؤدي في أحيان كثيرة في الكروموسومات وقد اكتشف هذه الظاهرة في استراليا حيث ظهرت حالات متلازمة داون في صورة موجات متفاوته ولكنها مرتبطة بظهور التهاب الكبد الوبائي.

(الشخص والصمادي، 1998 : 304-305)

ثالثاً: الصحة النفسية لدى أولياء أمور المعاقين

تمهيد:

إن تربية وتنشئة الطفال عموماً تعد مسئولية عظيمة، وإن تحمل مسئولية أن يكون الرجل أباً وأن تكون المرأة أماً أمراً ثقيلاً وصعباً يتطلب الكثير من الاستعدادات النفسية والمعرفية والمادية، وتزداد هذه المسئولية ثقلاً وتعقيداً إذا ما كانا أبوين لطفل معاق لما يشكله ذلك من صدمة في حياة الأبوين يترتب عليها مشكلات وتأثيرات لا يمكن التغاضي عن آثارها النفسية نظرا لما تتركه من جروح نفسية عميقة لدي كل أفراد الأسرة.

تشكل الإعاقة أحد التحديات التي تواجه الأسرة وخصوصاً الوالدين وتعتبر من أهم وأكبر الضغوط التي تتعرض لها الأسرة على المستوى الاجتماعي والنفسي والاقتصادي. لذلك فإن العديد من ردود الأفعال وتحديداً من قبل الوالدين تتجلى بوضوح نتيجة لظهور الإعاقة داخل الأسرة وذلك بعد تشخيص حالة الطفل من قبل المختصين وتنتاب الوالدين مشاعر وأحاسيس خاصة تتبلور ضمن مراحل من ردود الأفعال.

و عن ردود الأفعال المتوقعة من الوالدين والأسرة يقول "**الخطيب والحديدي**" على أي حال فليس بمقدورنا أن نتحدث عن نتائج متشابهة للإعاقة على جميع الأسر. فكل أسرة لها خصائصها الفريدة وتتمتع بمواطن قوة محددة، وقد تعاني من مواطن ضعف معينة. ولهذا السبب نجد أن الدراسات العلمية التي بحثت في هذا الموضوع انتهت إلى نتائج مختلفة.

و مهما يكن الأمر، فباستطاعتنا أن نتحدث عن مجموعة من ردود الأفعال العاطفية العامة التي يتوقع أن تحدث لدى معظم الآباء والأمهات بدرجة أو بأخرى. وعند الحديث عن هذا الموضوع لا بد من التأكيد على ثلاث قضايا أساسية هي:

1. إن الإعاقة قد تفرض على الوالدين تغييرات هامة في مجرى حياتهما وهي تقود إلى شعور بالحزن قد يختفي أحياناً ولكنه قد يعود فيظهر مجدداً.
2. إن الإعاقة شيء غير متوقع فكل أب وأم في الدنيا ينتظران طفلاً عادياً لا بل قل مثالياً. ولذلك فليس غريباً أن تمثل إعاقة الطفل صفعة قوية للآمال، والأمر الغريب هو أن يتقبل الوالدان إعاقة طفلهما دفعة واحدة وبدون صعوبات في البداية.

3. و لما كانت الإعاقة تشكل أزمة حقيقية فإنها تحدث ردود فعل نفسية قد تكون شديدة. وما ينبغي التأكيد عليه هنا أن مثل هذا الأمر طبيعي. وهناك من يقول أنه صحي ولكن طالما كانت ردود الفعل ضمن حدود معينة.(الخطيب والحديدي، 1998 : 347-348)

ردود الفعل النفسية للآباء والأمهات تجاه الإعاقة:

تتعرض الأسرة إلى الكثير من التغيرات المختلفة بمولد طفل معاق فيها، فقد يصاب الآباء والأمهات بالصدمة والإحباط والقلق والاكتئاب والغضب والشعور وبالذنب والخجل كرد فعل، كما ينتاب العلاقات الأسرية العديد من التغيرات وذلك إما بشكل سلبي أو إيجابي، فالأثر من ميلاد الطفل المعاق على الأسرة يكون كبيراً، ومن المحتمل أن يؤثر هذا الحادث على بقاء الأسرة كوحدة اجتماعية كما كانت عليه سابقاً. إن مولد طفل بإعاقة شديدة قد يعقد الأمر داخل الأسرة وخصوصاً أن هذا الطفل قد أثر على تصورات الآباء والأمهات لأنفسهم كآباء وأمهات كما كانوا يرغبون، فالوقت الذي كان يجب أن يحمل السرور أصبح يحمل الحزن والاضطراب، ولكن هذه الأمور جميعاً لا بد لها من أن تتعايش مع الحقيقة الدامغة بوجود الطفل المعاق، وهو الدور الذي يجب أن يلعبه المختصون في مجال الإرشاد الأسري لذوي المعاقين للتغلب على المراحل النفسية التي تشكل ردود أفعال الآباء والأمهات، ولقد حدد عدد من المتخصصين هذه المراحل على النحو التالي :

1- مرحلة الصدمة :

تعتبر الصدمة أول رد فعل ينجم من جراء وجود طفل معاق بالأسرة حيث يعاني أفراد الأسرة من الارتباك وأنهم واقعون في مشكلة. وتبدأ الأسرة في طرح عدد من التساؤلات التي تعبر عن الصدمة مثل: أنا لا أصدق ذلك، ماذا أفعل، أعرف أن ابني يعاني من مشكلة ليست بهذه الخطورة.

إن إخبار الوالدين للمرة الأولى بأن الطفل أصيب بإعاقة سواء كان ذلك بعد الولادة أو في سن متقدمة فإن وقع الخبر عليهما يكون قاسياً، حيث إن إحساسهما يكون مثل إحساس المفجوع في ابنه في حادث أو مرض خطير، حيث أصبح لزاماً عليهما التخلي عن أحلامهما وأوهامهما بأن طفلهما سليم. إن الصدمة التي تمثلها ولادة طفل معوق لا تحدث دفعة واحدة وهي أسوأ في بعض الجوانب من وفاة الطفل لأن الوالدين يدركان تدريجياً أن الطفل المعوق لن يعيش حياة طبيعية بشكل كامل.

إن التشخيص النهائي لحالة الطفل قد يساعد في معرفة المشكلة بدقة، ولكن ذلك غالباً ما يعقبه شعور بالصدمة. ذلك أن الوالدين قد يتساءلان عن السبب: هل هي الأم؟ هل هو الأب، هل هو خطأ طبيب؟ وما إلى ذلك من تساؤلات. (الببلاوي، 2004 : 47 – 48)

2- مرحلة الإنكار والرفض :

يمر البعض منا بمرحلة يبدأ يشكك فيما قيل له فيحاول أن يرفض (ينكر) لا شعورياً أن طفله متلازمة داون ويقول لعل في الأمر لبساً أو خطأً فالطفل يشبه والديه أو احد أقاربه .و هذه المرحلة من أخطر المراحل إذا لم توضع الأمور في نصابها الصحيح، فإنكار الواقع قد يؤدي مثلا لــرفض الأسرة الاستمرار في العلاج ومتابعة حالة الطفل مع الأطباء.(السويد، 2009 : 5)

3- المساومة :

و تتميز مرحلة المساومة بنوع من التفكير الخيالي أو الوهمي، وهو أنه لو عمــل الوالــدان باجتهاد شديد فسوف تتحسن حالة الطفل، وحالة الطفل المتقدمة تعد عوضاً عن العمل الجاد، كــأن تكون مفيداً للآخرين أو أن تكون مساهماً في عمل ذي شأن.

و أثناء المساومة يمكن أن يرى المرء الوالدين يشتركان مع جماعات أهلية في أنــشطة تفيــد مشكلة معينة، مظهر آخر لمرحلة المساومة هو أن الوالدين يمكن أن يعودوا إلى الدين ويبحثوا عن معجزة من أجل طفلهم. (سليجمان ودارلنج، 2001 : 145-146)

4- مرحلة الحزن أو الأسى :

يعتبر الحزن أو الأسى - من جانب الوالدين - رد فعل يحدث مباشرة بعد التشخيص ،ويستمر حزنهما على فقدان حلمهما بالطفل السوي ،ويبلغ الحزن أقصاه في الفترة ما بين التشخيص المبدئي والاتصال بالطبيب المختص. (الببلاوي، 2004 : 48-49)

5- مرحلة الغضب :

و عندما يدرك الوالدان أن طفلهما لن يتحسن بقدر كبير، يظهر الغضب، فربما كان الغضب من الله "لماذا أنا"؟أو من الذات أو من الزوج أنه أنتج هذا الطفل، أو أنه لم يقدم العون. ويسقط الغضب غالباً على الأخصائيين لعدم شفائهم للطفل (الأطباء) أو لعدم مساعدتهم في تحقيق مكاسب تعليمية هامة (مدرسين) إن الغضب يمكن كذلك أن يأتي من مشاعر الغضب الراجعة إلى المجتمع غير المتعاطف، والأخصائيين غير الحساسين، والخدمات غير المناسبة، والإعياء الداخلي، ولذلك قد يلوم الوالد نفسه أو نفسها على الإعاقة.(سليجمان ودارلنج، 2001 : 146)

6- مرحلة الشعور بالذنب :

قد لا يمر الجميع بالشعور بالذنب، ولكن الكثير يحس بشيء من ذلك.إن هذا الشعور أيضاً ردة فعل طبيعي وفطري في الإنسان، ففي كثير من الأحيان ينظر الإنسان إلى نفسه، ماذا عمل وما الذي قام به لكي يحدث له هذا الأمر.ولكن علينا أن نعرف أنه من الناحية العلمية والطبية لم يعرف السبب الحقيقي وراء حدوث متلازمة داون كما أن الأدوية (و يدخل في ذلك جميع المضادات الحيوية والمسكنات) والأشعة الصوتية والأشعة السينية العادية ليست هي السبب في حدوث متلازمة داون كذلك الحال في الكثير من التصرفات والعادات التي يقوم بها الزوجان قبل أو خلال الحمل. كما أن الحرص أو التفريط في المتابعة الطبية خلال الحمل لم تكن لتمنع أو تتسبب في حدوث متلازمة داون.كما أن لوم الزوج مثلا أو الطبيب المعالج في التسبب في حدوثها أيضا غير صحيح فمتلازمة داون تحدث تلقائيا. (السويد، 2009 : 5)

7- الشعور بالاكتئاب واليأس:

يتطور لدى الوالدين شعور بالاستسلام حول حقيقة إعاقة طفلهما، وقد ينعزل الوالدان عن الآخرين، وينتابهما شعور بالأسف الشديد والحزن. وقد يهرب أفراد الأسرة من المحيط الاجتماعي إلي محيط آخر، ويرفض الوالدان مقابلة الآخرين سواء في ذلك الأقارب، أو الأصدقاء، وتخفي الأسرة وجود طفل معاق خاصة إذا كانت الحالة شديدة خوفاً من نظرة الآخرين وما سيقولونه عنهم.

(الببلاوي، 2004 : 50)

8- الشعور بالخجل والخوف :

فحالة "جلب الخزي" تكون غير واضحة بسهولة للشخص العادي، فالطفل ذو التشوه الجسدي الذي تستره ملابسه، أو المصاب بتليف المثانة، يمكن أن يكون قادراً على أن يمضي كشخص عادي في كثير من المواقف، وبالتالي يتجنب التعرض للوصمة.

و من ناحية أخرى، فالطفل ذو الإعاقة الحادة المرئية مثل عرض داون، أو التشوه بـــالعمود الفقري سيكون "موصماً بالخزي" مباشرة، وبالرغم من ذلك فإن درجة الخزي ربما تختلف بالنـــسبة للظروف المختلفة. (سليجمان ودارلنج، 2001 : 151)

9- مرحلة التقبل :

تمثل هذه المرحلة اعتراف الوالدين بالحقيقة. ويصل الأمر إلى الواقعية والتفكير والتعامل مع الطفل بدون شعور بالخجل أو شعور بالذنب، ويتخلى الوالدان عن مسألة اللوم والإسقاط، وتبرير وجود الإعاقة في نطاق الأسرة. ويهتم الوالدان في هذه المرحلة ببرامج رعاية الطفل، فيشعران بالمسئولية تجاهه، ونحو طرق علاجه ورعايته، لذلك يبدأ الوالدان في البحث عن سبيل لعلاج طفلهما، والتعرف علي البرامج التربوية التي تساعده في تنمية مهاراته لأقصي درجة ممكنة.

(الببلاوي، 2004 : 50)

و هذه المرحلة الأخيرة وهي المرحلة التي من المهم أن نصل إليها بأسرع وقت لكي نستطيع أن نفكر باتزان وأن نخطط لحياة طفلنا ولحياتنا بالشكل الملائم، وهي المرحلة التي تطمئن فيها النفس وتبدأ رعاية الطفل بشكل أفضل. (السويد، 2009 : 6)

وهكذا نرى كيف تتفاوت ردود أفعال الأسرة بشكل عام – والأم بشكل خاص – أمام ولادة طفل ذي إعاقة. ويتأثر ذلك بعوامل عديدة تحدد مدى الضغط الذي تعاني منه الأسرة، فإما أن تبدي قدراتها علي مواجهة هذا الحدث واستيعابه، أو أن يؤدي ذلك إلى شل فاعليتها واضطراب مجرى حياتها النفسية. (قنطار، 1992 : 186)

و يرى الباحث أن هذه المراحل قد تسبق بعضها بعضاً أو قد لا تنتاب جميعها مشاعر وأحاسيس الوالدين، وإنما يكون لبعضها حضور وأثر وهو ما يعتقد أنه ناتج عن تفاوت مستويات الوالدين في النواحي الاجتماعية والثقافية والدينية والاقتصادية وهو ما قد تكشف عن بعضه الدراسة الحالية.

الضغوط النفسية الناتجة عن وجود طفل معاق في الأسرة:

إن الإعاقة بما تمثله من نمو بطيء للطفل وإجراءات خاصة مطلوبة للعناية البدنية والتدريب والصحة والمتابعة له، هذه الأمور مصحوبة بخيبة الأمل وضياع الأحلام، كل هذا يخلق ضغوطاً تؤثر على التوازن الأسري، وقد يضاف إلى هذه الضغوط الضائقة المالية والتوترات الناتجة عن السيطرة غير الناضجة للطفل على ذاته، وصعوبة تواصل الطفل مع الأسرة ومع من حوله، بالإضافة إلى شكوك الآباء المتعلقة بأسلوبهم في التنشئة ومدى ملاءمة أساليبهم لإعاقة الطفل، وهكذا فإن العلاقة بين الطفل المعاق والأسرة تكون أكثر تعرضاً للتعقيد، والتردد، وأكثر توتراً واستمراراً من العلاقة العادية.

فظهور أثر لحالة الإعاقة وإدراك ذلك عادة ما يشعر بها كل أفراد الأسرة بسبب المتطلبات الانفعالية والاجتماعية والتعليمية والاقتصادية المفروضة عليهم، وهذه المتطلبات والالتزامات تجعل أسر الأطفال المعاقين معرضين بشكل خاص للإجهاد تلك الحالة التي تتصف بالتوتر العضوي والصراع المستمر بين الاختيارات التي تضغط على الشخص لتخفيض التوتر وتحصيل التوازن.

(زهران، 1980 : 65)

و تعبر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عن ذلك التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل معوق أو ما يتسم به من خصائص سلبية، لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، كما قد يعانونه من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال.

فالضغوط الأسرية ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات مفاجئة وغير متوقعة تحتاج إلى إعادة تنظيم شامل لحياتها، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط . (الببلاوي، 2004 : 53)

و تنقل "**بخش**" عن (**Smith, 1984)** عدة أنواع من الإجهاد، عادة ما ترتبط بتربية الطفل المعاق، وهذه العوامل المجهدة توضح أكثر الضغوط والمسئوليات الإضافية غير المتوقعة والتي يجب أن يتعامل معها آباء الأطفال المعاقين، وأهم هذه العوامل والتي تسبب الإجهاد ما يلي:

1ـــ التفكير بحالة الطفل الممزقة.

2ـــ اختلاف مظهر الطفل عن الآخرين.

3ـــ حاجة الطفل للكثير من الانتباه.

4ـــ صعوبة توفير العناية المستمرة.

5ـــ التعرض للإحباط والاحتقار.

6ـــ الاتجاهات السالبة نحو المعاقين.

7ـــ تدني احترام الذات.

8ـــ تقليل الوقت الذي يحتاجه بقية الأفراد في الأسرة.

9ـــ قلة الوقت الذي يقضيه الأبوان معاً.

10ـــ شعور الأصدقاء بعدم الراحة وابتعادهم عن الأسرة.

11ـــ تجنب المواقف الاجتماعية.

12ـــ قلة المكافآت المخصصة للآباء.

13ـــ انفصال ومقاطعة في علاقة الأب بالطفل.

14ـــ ردود فعل سالبة من قبل الأسرة والأقارب.

15ـ قلة المعلومات الدقيقة عن المعاقين.

16ـ زيادة تكاليف الرعاية الطبية والمعدات الخاصة.

17ـ التناقض في الآراء.

18ـ الأسئلة المجهولة والمتعلقة بالمستقبل. (بخش، 2003 : 8)

و من أهم النماذج للضغوط التي يتعرض لها والدا الطفل المعوق، ويكون لها تأثير على حياتهما، وتؤدي إلى تفاقم حدة التوترات داخل نطاق الأسرة، كما قد تؤدى إلى سوء التوافق كما يلي:

أ ـ الضغوط المالية:

يكلف الطفل المعوق الوالدين الكثير، فالعناية الطبية والعمليات الجراحية، والأدوات الخاصة، بالإضافة إلى الرعاية اليومية، المواصلات والملابس، وكل ذلك يعمل على استنزاف موارد الأسرة المالية، وتشكل عبئاً مالياً عليهم، ولصعوبة توفير الضمانات المالية والمادية فإن ذلك لا يسهل تعايش الوالدين وتكيفهما، وبالتالي فهم أكثر تعرضاً للمشكلات الاقتصادية كلما بذلا جهداً لسداد تكلفة الخدمات اللازمة. (الخطيب والحسن، 2000 :4)

ب ــ الضغوط الاجتماعية:

من بين أهم الضغوط التي يعاني منها آباء الأطفال المعوقين الشعور المرير بالحرج والحساسية وعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الاجتماعية نتيجة التباعد الملحوظ بين مستوى أداء الطفل المعوق وأداء أقرانه العاديين، إضافة إلى الانطباعات السلبية عن حالته لدى الأصدقاء والمعارف، مما يدفع بالوالدين إلى تجنيب الطفل هذه المواقف والمناسبات فيزداد شعورهم بالوحدة والعزلة والإحباط. (القريطي، 1999 :53)

جـ ـ ضغوط الدور الوظيفي للوالدين:

إن أحد مصادر الضغوط النفسية والانفعالات والمشاعر السلبية لدى الأمهات هو صراع الأدوار الذي يتطلب منهن مسئوليات ويفرض عليهن واجبات وأعباء بسبب وجود الابن المعوق، يضاف إلى ذلك محاولة التوفيق بين مقتضيات دورها كزوجة وربة منزل وفي الوقت نفسه تحقيق الترابط

الأسري من حيث علاقتها بزوجها وأبنائها وعلاقة الأبناء وما يصاحب ذلك من مشاعر الخوف والقلق من عدم قدرة الأم على الحفاظ على كيان الأسرة وتكاملها. (دويدار، 1998 : 149)

د ــ الضغوط الانفعالية:

إن وجود طفل معاق في الأسرة يساعد بلا شك على زيادة الضغوط الأسرية الانفعالية بحيث نجد الأسرة تزداد همومها النفسية لدرجة غير محتملة تؤدي إلى لوم الذات والآخرين ويساعد ذلك على التشاؤم وتحطيم الثقة بالذات والآخرين وهذا يؤدي إلى عدم الاستقرار الانفعالي للأسرة ويظهر واضحاً عند الأمهات حيث نجد أن الكثير منهن يكثرن من التردد على زيارة الأطباء لتوهم المرض.(كوافحة ويوسف : 2007 : 185)

هـــ ــ الضغوط المعرفية (نقص المعلومات):

وتعد قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطفل وأسبابها وكيفية التعامل معها، والتفكير المستمر في مآلها أي إلى ما سوف تنتهي إليه حالة الطفل، والبحث عن حلول لها. من بين أهم الضغوط التي يعيش تحت وطأتها آباء وأسر الأطفال المعوقين، هذا إلى جانب عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة، وبرامج الرعاية العلاجية والتعليمية والتدريبية والتأهيلية المتوفرة.

إن الحاجة للمعلومات في مقدمة الحاجات الأكثر أهمية من وجهة نظر آباء الأطفال المعوقين وأمهاتهم، وذلك يرجع إلى سببين هما:

الأول : افتقار البيئة العربية للكتابات المرشدة لوالدي الطفل المعوق.

الثاني : محدودية الخدمات التي تقدمها المؤسسات والمراكز ذات العلاقة في تزويد أولياء الأمور بالمعلومات من خلال الدورات والندوات وغير ذلك من أساليب التي تكشف عن طرق التعامل مع سلوك الطفل وكيفية تعديله وطرق حل المشكلات المتعلقة بالطفل والأساليب التي من شأنها أن تنمي قدراته المحدودة وما يجب أن يتوقعاه من الطفل في المستقبل.

(الببلاوي، 2004 : 55-56)

الإسلام والإعاقة:

تمهيد:

اهتم الإسلام بجميع فئات وعناصر المجتمع، ولقد كان التوجيه الرباني في قوله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آَمَنُوا لَا يَسْخَرْ قَومٌ مِنْ قَوْمٍ عَسَى أَنْ يَكُونُوا خَيْرًا مِنْهُمْ وَلَا نِسَاءٌ مِنْ نِسَاءٍ عَسَى أَنْ يَكُنَّ خَيْرًا مِنْهُنَّ وَلَا تَلْمِزُوا أَنْفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا بِالأَلْقَابِ بِئْسَ الِاسْمُ الفُسُوقُ بَعْدَ الإِيمَانِ وَمَنْ لَمْ يَتُبْ فَأُولَئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ﴾ [الحجرات:١١] كما هيأ الإسلام العظيم نفوس المؤمنين به بالاستعداد لنوائب الحياة ومفاجآتها فقال سبحانه ﴿كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ المَوْتِ وَنَبْلُوكُمْ بِالشَّرِّ وَالخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ﴾]الأنبياء:٤٦] وقوله تعالى ﴿الَّذِي خَلَقَ المَوْتَ وَالحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ العَزِيزُ الغَفُورُ﴾ [الملك:٢] .

- الابتلاء بالإعاقة:

الله عز وجل يبتلي عباده بالسراء والضراء، وبالشدة والرخاء، وقد يبتليهم بها لرفع درجاتهم وإعلاء ذكرهم ومضاعفة حسناتهم كما يفعل بالأنبياء والرسل عليهم الصلاة والسلام والصلحاء من عباده، كما قال النبي ﷺ:**"أشد الناس بلاءً الأنبياء ثم الأمثل فالأمثل، يبتلى الرجل على قدر دينه، فإن وجد في دينه صلابة شدد عليه وإلا خفف عنه"** (رواه أحمد والترمذي)، وتارة يفعل ذلك سبحانه بسبب المعاصي والذنوب، فتكون العقوبة معجلة كما قال سبحانه: ﴿وَمَا أَصَابَكُمْ مِنْ مُصِيبَةٍ فَبِمَا كَسَبَتْ أَيْدِيكُمْ وَيَعْفُو عَنْ كَثِيرٍ﴾ [الشُّورى:٣٠]. (ابن باز، 1997 : 9)

- فضل الصبر على الإعاقة:

قال الله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آَمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللهَ مَعَ الصَّابِرِينَ﴾ إلى قوله تعالى ﴿وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِنَ الخَوْفِ وَالجُوعِ وَنَقْصٍ مِنَ الأَمْوَالِ وَالأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ﴾ [البقرة:١٥٥-١٥٣] وثبت أنه صلى الله عليه وسلم قال **" ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها عن سيئاته"** (رواه البخاري ومسلم). وروى الترمذي وغيره عن النبي صلى الله عليه وسلم قال **" إذا أراد الله بعبده الخير عجل له العقوبة في الدنيا، وإذا أراد الله بعبده الشر أمسك عنه ذنبه حتى يوافي به يوم القيامة"** (رواه الترمذي وصححه الألباني). وقال صلى الله

عليه وسلم **"إن عظم الجزاء من عظم البلاء وإن الله إذا أحب قوماً ابتلاهم، فمن رضي فله الرضا ومن سخط فله السخط"** (رواه الترمذي) وقال صلى الله عليه وسلم **"لا يزال البلاء بالمؤمن حتى يمشي على الأرض وليس عليه خطية"** (رواه البخاري). (ابن جبرين، 1997 : 11-12)

- الحكمة في الابتلاء بالإعاقة:

المؤمن يبتلى وابتلاء الله له بما يؤذيه له فائدتان عظيمتان: الفائدة الأولى: اختبار هذا الرجل في إيمانه. هل إيمانه صادق أو متزعزع، فالمؤمن الصادق في إيمانه يصبر لقضاء الله وقدره، ويحتسب الأجر منه وحينئذ يهون عليه الأمر، ويذكر عن بعض العابدات أنه أصيب أصبعها بقطع أو جرح ولكنها لم تتألم ولم تظهر التضجر فقيل لها في ذلك فقالت : إن حلاوة أجرها أنستني مرارة صبرها. والمؤمن يحتسب الأجر من الله تعالى ويسلم تسليماً. هذه فائدة، أما الفائدة الثانية: فإن الله سبحانه وتعالى أثنى على الصابرين ثناءً كثيراً وأخبر أنه معهم وأنه يوفيهم أجرهم بغير حساب، والصبر درجة عالية لا ينالها إلا من ابتلي بالأمور التي يصبر عليها، فإذا صبر نال هذه الدرجة العالية التي فيها هذا الأجر الكثير. (ابن عثيمين، 1997 : 15-16)

- معاملة المعاقين في الإسلام:

عن أنس رضي الله عنه أن امرأة كان في عقلها شيء، فقالت: يا رسول الله إن لي إليك حاجة! فَقَالَ: "يَا أُمّ فُلاَنٍ! انظري أَيّ السّكَكِ شِئْتِ، حَتّىَ أَقْضِيَ لَكِ حَاجَتَكِ"، فخلا معها في بعض الطرق، حتى فرغت من حاجتها(مسلم، 1953 : 2326)، وهذا من حلمه وتواضعه صلى الله عليه وسلم وصبره على قضاء حوائج ذوي الاحتياجات الخاصة.

وفي هذا دلالة شرعية على وجوب تكفل الحاكم برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، صحيًّا واجتماعيًّا، واقتصاديًّا، ونفسيًّا، والعمل على قضاء حوائجهم، وسد احتياجاتهم، ومن صور هذه الرعاية:

- العلاج والكشف الدوري لهم.
- تأهيلهم وتعليمهم بالقدر الذي تسمح به قدراتهم ومستوياتهم.

– توظيف مَن يقوم على رعايتهم وخدمتهم

ولقد استجاب الخليفة الراشد عمر بن عبد العزيز رضي الله عنه لهذا المنهج النبوي السمح، فأصدر قرارًا إلى الولايات: "أن ارفعوا إليَّ كُلَّ أعمى في الديوان أو مُقعَد أو مَن به فالج أو مَن به زمانة تحول بينه وبين القيام إلى الصلاة. فرفعوا إليه"، وأمر لكل كفيف بموظف يقوده ويرعاه، وأمر لكل اثنين من الزمنى –من ذوي الاحتياجات– بخادمٍ يخدمه ويرعاه(ابن الجوزي، 130).

وعلى نفس الدرب سار الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك- رحمه الله تعالى–، فهو صاحب فكرة إنشاء معاهد أو مراكز رعاية لذوي الاحتياجات الخاصة، فأنشأ [عام 707م – 88هـ] مؤسسة متخصصة في رعايتهم، وظّف فيها الأطباء والخدام وأجرى لهم الرواتب، ومنح راتبًا دوريًّا لذوي الاحتياجات الخاصة، وقال لهم" :لا تسألوا الناس"، وبذلك أغناهم عن سؤال الناس، وعين موظفاً لخدمة كل مقعد أو كسيح أو ضرير(ابن كثير، 1997 : 9/ 186، والطبري، 1967 : 5/ 265).

الأولوية لهم في الرعاية وقضاء احتياجاتهم:

وإذا كان الإسلام قد قرر الرعاية الكاملة لذوي الاحتياجات الخاصة، والعمل على قضاء حوائجهم، فقد قرر أيضًا أولوية هذه الفئة في التمتع بكافة هذه الحقوق، فقضاء حوائجهم مقدم على قضاء حوائج الأصحاء، ورعايتهم مقدمة على رعاية الأكفاء، ففي حادثة مشهورة أن سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم عبس في وجه رجل أعمى –هو عبد الله ابن أم مكتوم رضي الله عنه -جاءه يسأله عن أمرٍ من أمور الشرع، وكان يجلس إلى رجالٍ من الوجهاء وعلية القوم، يستميلهم إلى الإسلام، ورغم أن الأعمى لم يرَ عبوسه، ولم يفطن إليه، فإن المولى تبارك وتعالى أبى إلا أن يضع الأمور في نصابها، والأولويات في محلها، فأنزل سبحانه آيات بينات تعاتب النبي الرحيم صلى الله عليه وسلم عتابًا شديدًا : يقول الله فيها ﴿ **عَبَسَ وَتَوَلَّى، أَنْ جَاءَهُ الأَعْمَى، وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّى، أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى** ﴾ [عبس:١-٤].

و قد كان النبي صلى الله عليه وسلم –بعد ذلك– إذا رأى ابن أم مكتوم يبسط له رداءه ويقول له: "**مرحبًا بمن عاتبني فيه ربي!**" (القرطبي، 2006 : 18419).

ففي هذه القصة، نرى علّة المعاتبة؛ لكونه صلى الله عليه وسلم انشغل بدعوة الوجهاء عن قضاء حاجة هذا الكفيف، وكان الأولى أن تُقضى حاجته، وتقدم على حاجات من سواه من الناس. وفي هذه القصة دلالة شرعية على تقديم حاجات ذوي الاحتياجات الخاصة على حاجات من سواهم.

عفوه صلى الله عليه وسلم عن سفهائهم وجهلائهم:

وتجلت رحمة الحبيب صلى الله عليه وسلم بذوي الاحتياجات الخاصة، في عفوه عن جاهلهم، وحلمه على سفيههم، ففي معركة أحد [شوال 3هـ – إبريل 624م]، لما توجه الرسول صلى الله عليه وسلم بجيشه صوب أحد، وعزم على المرور بمزرعة لرجل منافق ضرير، أخذ هذا الأخير يسب النبي صلى الله عليه وسلم وينال منه، وأخذ في يده حفنة من تراب وقال –في وقاحة– للنبي صلى الله عليه وسلم : والله لو أعلم أني لا أصيب بها غيرك لرميتك بها! حَتى همَّ أصحاب النبي بقتل هذا الأعمى المجرم، فأبي عليهم –نبي الرحمة– وقال: "**دعوه!**".

(ابن كثير، 1997 : 2 / 347)

لم ينتهز رسول الله ضعف هذا الضرير، فلم يأمر بقتله أو حتى بأذيته، رغم أن الجيش الإسلامي في طريقه لقتال، والوضع متأزم، والأعصاب متوترة، ومع ذلك لما وقف هذا الضرير المنافق في طريق الجيش، وقال ما قال، وفعل وما فعل، أبى رسول الله إلا العفو عنه، والصفح له، فليس من شيم المقاتلين المسلمين الاعتداء على أصحاب العاهات أو النيل من أصحاب الإعاقات، بل كانت سنته معهم؛ الرفق بهم، والاتعاظ بحالهم، وسؤال الله أن يشفيهم ويعافينا مما ابتلاهم.

تكريمه ومواساته صلى الله عليه وسلم لهم:

فعن عائشة رضي الله عنها أنها قالت: سمعت رسول الله ﷺ يقول: **"إن الله عز وجل أوحى إليّ أنه من سلك مسلكًا في طلب العلم سهلت له طريق الجنة ومن سلبت كريمتيه (يعني عينيه) اثيب عليهما الجنة، فضل في علم خير من فضل في عبادة، وملاك الدين الورع"** (البيهقي، 2003 : 2001/5).

وعن العرباض بن سارية رضي الله عنه، عن النبي صلى الله عليه وسلم، عن رب العزة – قال: **"إذا سلبت من عبدي كريمتيه وهو بهما ضنين، لم أرضَ له ثوابًا دون الجنة، إذا حمدني عليهما"**.

(الألباني، 1987 : 4305)

ويقول النبي ﷺ لكل أصحاب الإصابات والإعاقات: **"مَا مِنْ مُسْلِمٍ يُشَاكُ شَوْكَةً فَمَا فَوْقَهَا إِلَّا كُتِبَتْ لَهُ بِهَا دَرَجَةٌ وَمُحِيَتْ عَنْهُ بِهَا خَطِيئَةٌ"**(مسلم، 1953 : 2572).

ففي مثل هذه النصوص النبوية والأحاديث القدسية، مواساة وبشارة لكل صاحب إعاقة؛ إذا صبر على مصيبته، راضيًا لله ببلوته، واحتسب على الله إعاقته، فلا جزاء له عند الله إلا الجنة. وقد كان النبي ﷺ يقول عن عمرو بن الجموح رضي الله عنه وكان أعرج، تكريمًا وتشريفاً له: "سيدكم **الأبيض الجعد عمرو بن الجموح"**. (الأصبهاني، 2002 : 371/7)

وقد قال له النبي صلى الله عليه وسلم ذات يوم: **"كأني أنظر إليك تمشي برجلك هذه صحيحة في الجنة"**.(الغزالي، 1997 : 262)

وعن أنس بن مالك رضي الله عنه: أن رسول الله ﷺ استخلف ابن أم مكتوم على المدينة مرتين يصلي بهم وكان أعمى(ابن كثير، 1995 :174/1). وعن عائشة رضي الله عنها أن ابن أم مكتوم كان مؤذنًا لرسول الله ﷺ وهو أعمى(أبو داود، 1968 :535).

وعن عبيد الله بن عبد الله بن عتبة رحمه الله أن المسلمين كانوا إذا غزوا خلفوا زمناهم، وكانوا يسلمون إليهم مفاتيح أبوابهم، ويقولون لهم: قد أحللنا لكم أن تأكلوا مما في بيوتنا.
(البيهقي، 1993 : 257/7)

وهكذا كان المجتمع النبوي، يتضافر في مواساة ذوي الاحتياجات الخاصة، ويتعاون في تكريمهم، ويتحد في تشريفهم، وكل ذلك اقتداء بمنهج نبي الرحمة صلى الله عليه وسلم مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

زيارته صلى الله عليه وسلم لهم:-

وشرع الإسلام عيادة المرضى عامة، وأصحاب الإعاقات خاصة؛ وذلك للتخفيف من معاناتهم.. فالشخص المعاق أقرب إلى الانطواء والعزلة والنظرة التشائمية، وأقرب من الأمراض النفسية مقارنة بالصحيح، ومن الخطأ إهمال المعاقين في المناسابات الاجتماعية، كالزيارات والزواج.

وقد كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يعود المرضى، فيدعو لهم، ويطيب خاطرهم، ويبث في نفوسهم الثقة، وينشر على قلوبهم الفرح، ويرسم على وجوههم البهجة، وتجده ذات مرة يذهب إلى أحدهم في أطراف المدينة، خصيصًا؛ ليقضي له حاجة بسيطة، أو أن يصلي ركعات في بيت المبتلى تلبية لرغبته.. فهذا عِتْبَانَ بْنَ مَالِكٍ رضي الله عنه –وكان رجلاً كفيفًا من الأنصار يقول للنبي صلى الله عليه وسلم :وددتُ يا رسول الله أنك تأتيني فتصلي في بيتي فأتخذه مصلى. فوعده

صلى الله عليه وسلم بزيارة وصلاة في بيته قائًلا –في تواضع جم "سَأَفْعَلُ إِنْ شَاءَ اللهُّ.." قال عتبان فغدا رسول الله صلى الله عليه وسلم وأبو بكر حين ارتفع النهار فاستأذن رسول الله صلى الله عليه وسلم فأذنتُ له فلم يجلس حتى دخل البيت، ثم قال: "أَيْنَ تُحِبُّ أَنْ أُصَلِّيَ مِنْ بَيْتِكَ"، أشرتُ له إلى ناحية من البيت فقام رسول الله صلى الله عليه وسلم فكبر فقمنا، فصفنا، فصلى ركعتين، ثم سلم.
(البخاري، 1980 : 425)

الدعاء لهم:-

وأَتَتْ النَّبِيَّ صلى الله عليه وسلم امرأة تُصرع، فقالت: إني أُصرَعُ، وإني أَتَكَشَّفُ، فَادْعُ اللَّهَ لِي! فقَال النبي صلى الله عليه وسلم : "إِنْ شِئْتِ صَبَرْتِ وَلَكِ الْجَنَّةُ، وَإِنْ شِئْتِ دَعَوْتُ اللهَّ أَنْ يُعَافِيَكِ". فقالت: أَصْبِرُ. ثم قالت :إِنِّي أَتَكَشَّفُ! فَادْعُ اللهَّ لِي أَنْ لَا أَتَكَشَّفَ. فَدَعَا لَهَا صلى الله عليه وسلم.

(مسلم، 1953 : 2576)

وهكذا المجتمع الإسلامي؛ يدعو –عن بكرة أبيه- لأصحاب الإعاقات والعاهات وما رأينا مجتمعًا على وجه الأرض يدعو بالشفاء والرحمة لأصحاب الاحتياجات الخاصة، غير مجتمع المسلمين، ممن تربوا على منهج نبي الإسلام.

تحريم السخرية منهم:-

كان ذوو الاحتياجات الخاصة، في المجتمعات الأوروبية الجاهلية، مادة للسخرية، والتسلية والفكاهة، فيجد المعاق نفسه بين نارين، نار الإقصاء والإبعاد، ونار السخرية والشماتة، ومن ثَم يتحول المجتمع –في وجدان أصحاب الإعاقات- إلى دار غربة، واضطهاد وفرقة.. فجاء الشرع الإسلامي السمح؛ ليحرّم السخرية من الناس عامة، ومن أصحاب البلوى خاصة، ورفع شعار "لا تظهر الشماتة لأخيك فيرحمه الله ويبتليك". وأنزل الله تعالى آيات بينات تؤكد تحريم هذه الخصلة الجاهلية، فقال: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آَمَنُوا لَا يَسْخَرْ قَومٌ مِنْ قَوْمٍ عَسَى أَنْ يَكُونُوا خَيْرًا مِنْهُمْ وَلَا نِسَاءٌ مِنْ نِسَاءٍ عَسَى أَنْ يَكُنَّ خَيْرًا مِنْهُنَّ وَلَا تَلْمِزُوا أَنْفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا بِالأَلْقَابِ بِئْسَ الِاسْمُ الفُسُوقُ بَعْدَ الإِيمَانِ وَمَنْ لَمْ يَتُبْ فَأُولَئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ﴾ [الحجرات:١١]

كما روى أبا هريرة رضي الله عنه عن النبي ﷺ أنه قال: **"الكِبْر من بطر الحق وغمط الناس"**(الألباني، 1987 : 4608) "وغمط الناس": احتقارهم والاستخفاف بهم، وهذا حرام، فإنه قد يكون المبتلى أعظم قدرًا عند الله، أو أكبر فضلاً على الناس، علمًا وجهادًا، وتقوى وعفة وأدبًا، ناهيك عن القاعدة النبوية العامة والفاصلة:

"فَإِنَّ اللهَّ حَرَّمَ عَلَيْكُمْ دِمَاءَكُمْ وَأَمْوَالَكُمْ وَأَعْرَاضَكُمْ". (البخاري، 1980 : 6043).

ولقد حذر النبي ﷺ أشد التحذير، من تضليل الكفيف عن طريقه، أو إيذائه، عبسًا وسخرية، فقال:**"مَلْعُونٌ مَنْ كَمَهَ أَعْمَى عَنْ طَرِيقٍ"** (أحمد : 266/3).

فهذا وعيد شديد، لمن اتخذ العيوب الخلقية سببًا للتندر أو التلهي أو السخرية، أو التقليل من شأن أصحابها، فصاحب الإعاقة هو أخ أو أب أو ابن امتحنه الله؛ ليكون فينا واعظًا، وشاهدًا على قدرة الله، لا أن نجعله مادة للتلهي أو التسلي.

رفع العزلة والمقاطعة عنهم:-

فقد كان المجتمع الجاهلي القديم، يقاطع ذوي الاحتياجات الخاصة، ويعزلهم، ويمنعهم من ممارسة حياتهم الطبيعية، كحقهم في الزواج، والاختلاط بالناس. فقد كان أهل المدينة قبل أن يبعث النبي صلى الله عليه وسلم لا يخالطهم في طعامهم أعرج ولا أعمى ولا مريض، وكان الناس يظنون بهم التقذّر والتقزّز. فأنزل الله تعالى:

﴿ لَيْسَ عَلَى الأَعْمَى حَرَجٌ وَلَا عَلَى الأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى المَرِيضِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى أَنْفُسِكُمْ أَنْ تَأْكُلُوا مِنْ بُيُوتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ آبَائِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أُمَّهَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ إِخْوَانِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخَوَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَعْمَامِكُمْ أَوْ بُيُوتِ عَمَّاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخْوَالِكُمْ أَوْ بُيُوتِ خَالَاتِكُمْ أَوْ مَا مَلَكْتُمْ مَفَاتِحَهُ أَوْ صَدِيقِكُمْ لَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ أَنْ تَأْكُلُوا جَمِيعًا أَوْ أَشْتَاتًا فَإِذَا دَخَلْتُمْ بُيُوتًا فَسَلِّمُوا عَلَى أَنْفُسِكُمْ تَحِيَّةً مِنْ عِنْدِ اللهِ مُبَارَكَةً طَيِّبَةً كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللهُ لَكُمُ الآيَاتِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ﴾ [النور:٦١]. (القرطبي، 2006 : 19 / 219)

أي ليس عليكم حرج في مؤاكلة المريض والأعمى والأعرج، فهؤلاء بشر مثلكم، لهم كافة الحقوق مثلكم، فلا تقاطعوهم ولا تعزلوهم ولا تهجروهم، فأكرمكم عند الله أتقاكم، "والله لا ينظر إلى صوركم ولا إلى أشكالكم، ولكن ينظر إلى قلوبكم".

وهكذا نزل القرآن، رحمة لذوي الاحتياجات الخاصة، يواسيهم، ويساندهم نفسيًّا، ويخفف عنهم. وينقذهم من الأمراض النفسية التي تصيب المعاقين، جراء عزلتهم أو فصلهم عن الحياة الاجتماعية.

وبعكس ما فعلت الأمم الجاهلية، فلقد أحل الإسلام لذوي الاحتياجات الخاصة الزواج، فهم أصحاب قلوب مرهفة، ومشاعر جياشة، وأحاسيس نبيلة، فأقر لهم الحق في الزواج، ما داموا قادرين، وجعل لهم حقوقًا، وعليهم واجبات، ولم يستغل المسلمون ضعف ذوي الاحتياجات، فلم يأكلوا لهم حقًّا، ولم يمنعوا عنهم مالاً، فقد روى سعيد بن المسيب عن عمر بن الخطاب رضي الله عنهما أنه قال :

"أَيُّمَا رَجُلٍ تَزَوَّجَ امْرَأَةً وَبِهَا جُنُونٌ أَوْ جُذَامٌ أَوْ بَرَصٌ؛ فَمَسَّهَا فَلَهَا صَدَاقُهَا كَامِلاً وذلك لزوجها غرم على وليها "(الألباني، 1979 : 328/6).

التيسير عليهم ورفع الحرج عنهم :-

ومن الرحمة بذوي الاحتياجات الخاصة مراعاة الشريعة لهم في كثيرٍ من الأحكام التكليفية، والتيسير عليهم ورفع الحرج عنهم، فعن زيد بن ثابت رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ أملى عليه: **﴿لَا يَسْتَوِي القَاعِدُونَ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ غَيْرُ أُولِي الضَّرَرِ وَالْمُجَاهِدُونَ فِي سَبِيلِ اللهِ﴾**]النساء:**95**] قال: فجاءه ابن أم مكتوم وهو يملها علي رضي الله عنه، قال: يا رسول الله، لو أستطيع الجهاد لجاهدت، وكان أعمى، فأنزل الله تبارك وتعالى على رسوله صلى الله عليه وسلم، وفخذه على فخذي، فثقلت عليّ حتى خفت أن ترض فخذي، ثم سُرّي عنه، فأنزل الله عز وجل:

﴿لَا يَسْتَوِي القَاعِدُونَ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ غَيْرُ أُولِي الضَّرَرِ وَالْمُجَاهِدُونَ فِي سَبِيلِ اللهِ بِأَمْوَالِهِمْ وَأَنْفُسِهِمْ فَضَّلَ اللهُ الْمُجَاهِدِينَ بِأَمْوَالِهِمْ وَأَنْفُسِهِمْ عَلَى القَاعِدِينَ دَرَجَةً وَكُلًّا وَعَدَ اللهُ الْحُسْنَى وَفَضَّلَ اللهُ الْمُجَاهِدِينَ عَلَى القَاعِدِينَ أَجْرًا عَظِيمًا﴾ [النساء:٩٥] "(البخاري، 1980 : 4592).

وقال تعالى مخففًا عن ذوي الاحتياجات الخاصة-: **﴿لَيْسَ عَلَى الأَعْمَى حَرَجٌ وَلَا عَلَى الأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى المَرِيضِ حَرَجٌ وَمَنْ يُطِعِ اللهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلْهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الأَنْهَارُ وَمَنْ يَتَوَلَّ يُعَذِّبْهُ عَذَابًا أَلِيمًا﴾** [الفتح:١٧]

فرفع عنهم فريضة الجهاد في ساحة القتال، فلم يكلفهم بحمل سلاح أو الخروج إلى نفير في سبيل الله، إلا إن كان تطوعًا.. ومثال ذلك، قصة عمرو بن الجموح رضي الله عنه في معركة أحد، فقد كان رضوان الله عليه رجلاً أعرج شديد العرج، وكان له بنون أربعة، يشهدون مع رسول الله صلى الله عليه وسلم المشاهد فلما كان يوم أحد أرادوا حبسه، وقالوا له: إن الله عز وجل قد عذرك! فأتى رسول الله صلى الله عليه وسلم فقال: إن بني هؤلاء يمنعونني أن أجاهد معك، ووالله إني لأرجو أن استشهد فأطأ بعرجتي هذه في الجنة! فقال له رسول الله صلى الله عليه وسلم :"أما أنت فقد وضع الله عنك الجهاد"، ثم قال لبنيه: "و ما عليكم أن تدعوه لعل الله عز وجل أن يرزقه الشهادة"، فخرج مع رسول الله صلى الله عليه وسلم فقتل يوم أحد شهيداً. (الغزالي، 1997 : 262)

بيد أن هذا التخفيف الذي يتمتع به المعاق في الشرع الإسلامي، يتسم بالتوازن والاعتدال، فخفف عن كل صاحب إعاقة قدر إعاقته، وكلفه قدر استطاعته، يقول القرطبي:

"إن الله رفع الحرج عن الأعمى فيما يتعلق بالتكليف الذي يشترط فيه البصر، وعن الأعرج فيما يشترط في التكليف به من المشي، وما يتعذر من الأفعال مع وجود العرج، وعن المريض فيما يؤثر المرض في إسقاطه، كالصوم وشروط الصلاة وأركانها، والجهاد ونحو ذلك"

(القرطبي، 2006 : 12 / 313)

ومثال ذلك الكفيف والمعتوه المجنون، فالأول مكلف بجلّ التكاليف الشرعية باستثناء بعض الواجبات والفرائض كالجهاد.. أما الثاني فقد رفع عنه الشارع السمح كل التكاليف، فعن علي بن أبي طالب رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "رُفِعَ الْقَلَمُ عَنْ ثَلَاثَةٍ: عَنْ النَّائِمِ حَتَّى يَسْتَيْقِظَ، وَعَنْ الصبي حَتَّى يشيبَ، وَعَنْ المعتوه حَتَّى يَعْقِلَ" (الترمذي : 1423).

فمهما أخطأ المجنون أو ارتكب من الجرائم، فلا حد ولا حكم عليه، فعن ابن عباس قال: مر علي بن أبي طالب بمجنونة بني فلان قد زنت، أمر عمر برجمها، فرجعها علي. وقال لعمر: يا أمير المؤمنين ترجم هذه؟ قال نعم. قال: أو ما تذكر أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال : رفع القلم عن ثلاث، عن المجنون الغلوب على عقله، وعن النائم حتى يستيقظ، وعن الصبي حتى يحتلم، قال: صدقت. فخلى عنها (ابن خزيمة، 1971 : 1003)

و هكذا يتبين لنا أن المنهج الإسلامي كان سباقاً في التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة في وقت لم تعرف فيه الشعوب ولا الأنظمة حقاً لهذه الفئة، فقرر "الشرع الإسلامي" الرعاية الكاملة والشاملة لذوي الاحتياجات الخاصة، وجعلهم في سلم أولويات المجتمع الإسلامي، وشرع العفو عن سفيههم وجاهلهم. وتكريم أصحاب البلاء منهم، لا سيما من كانت له موهبة أو حرفة نافعة أو تجربة ناجحة، وحث على عيادتهم وزيارتهم، ورغب في الدعاء لهم، وحرم السخرية منهم، ورفع العزلة والمقاطعة عنهم، ويسّر عليهم في الأحكام ورفع عنهم الحرج.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- دراسات تتعلق بالصحة النفسية
- دراسات تتعلق بمتلازمة داون
- دراسات تتعلق بأسر وأمهات المعاقين.
- التعليق على الدراسات السابقة
- فروض الدراسة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد:-

قام الباحث بعمل مسح مكتبي بكافة وسائل البحث العلمي المتاحة سواءً الوسائل التكنولوجية أو العادية من أجل بناء قاعدة معرفية قوية عن الصحة النفسية وعلاقتها بالإعاقة وتحديداً ذوي متلازمة داون، وتناول الباحث الدراسات السابقة التي عنيت بموضوع الدراسة وهي الصحة النفسية ومتلازمة داون وأولياء أمور المعاقين وأمهاتهم.

وتم تصنيف هذه الدراسات حسب متغيرات الدراسة، وترتيبها تنازلياً من الحديث إلى القديم، وهي على النحو التالي:

دراسات تتعلق بالصحة النفسية :-

تناول الباحث الدراسات السابقة التي اهتمت بالصحة النفسية وتطرقت أكثر للصحة النفسية عموماً، علماً بأن العينة تختلف عن العينة التي ركزت عليها الدراسة الحالية وذلك لقلة وندرة الدراسات السابقة التي تناولت هذه العينة.

دراسة (أبو العمرين، 2008):-

بعنوان: **مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة، كما هدفت إلى التعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات محافظات غزة تبعاً لكل من (الجنس،

المؤهل العلمي، القسم الذي يعمل به، وعدد سنوات الخبرة)، كما هدفت إلى استكشاف العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والأداء المهني.

تكونت عينة الدراسة من (201) ممرض وممرضة، منهم (109) ذكور و (92) إناث من الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات المركزية في(محافظات غزة) مجمع الشفاء الطبي، مجمع ناصر الطبي، مستشفى غزة الأوروبي).

استخدمت الباحثة لجمع البيانات الأدوات التالية:

1. استبانه لقياس الصحة النفسية لدى الممرضين من إعداد الباحثة.
2. نموذج تقويم الأداء (التقرير السنوي) المعتمد في وزارة الصحة وديوان الموظفين العام.

لتحليل البيانات استخدمت الباحثة المعالجات الإحصائية التالية :التكرارات والوزن النسبي، اختبار بيرسون للعلاقات، اختبار(ت) واختبار تحليل التباين الأحادي، واختبار شيفيه البعدي للمقارنات المتعددة.

أظهرت الدراسة النتائج التالية:

1. وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات، حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات في كل من البعد الشخصي والبعد الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس، بينما لم توجد تباينات في كل من البعد المهني والبعد الديني.
2. عدم وجود تباينات في مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء وأبعاده الفرعية، وقد بلغ المتوسط العام لدرجات الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء(87.83) .
3. عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية ومقياس الأداء المهني.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسط درجات الممرضين ومتوسط درجات الممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لصالح الممرضين.
5. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 >) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى للمؤهل العلمي (دبلوم – بكالوريوس – ماجستير).

6. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 >) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى إلى القسم الذي يعمل فيه الممرض / الممرضة (أقسام عادية – أقسام ساخنة).
7. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 >) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى لعدد سنوات الخبرة في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية ما عدا البعد الاجتماعي فقد وجدت فروق لصالح ذوي سنوات الخبرة الطويلة (15 سنة فأكثر).
8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 >) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح ذوي الدخل المرتفع.

دراسة (العيد، 2005) :-

بعنوان: **أهمية الصحة النفسية للطالب الجامعي (دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة – جامعة تلمسان – الجزائر)**

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الصحة النفسية للطالب الجامعي، وتوضيح أهمية الصحة النفسية في الحياة الجامعية، ولتحقيق الغرض من هذا البحث اختيرت العينة على أساس الجنس والسنة الدراسية والتخصص الدراسي . وعليه تتكون عينة البحث من 640 طالبًا وطالبة واعتمد الباحث على قائمة كورنل الجديدة طبعة (1986) الجزء الخاص بالنواحي الانفعالية والمزاجية. وقد جاءت نتائج البحث كما يلي:

- فيما يخص متغير الجنس، بينت النتائج دلالته في البعد العيادي المتعلق بالاكتئاب والغضب والتوتر لصالح الذكور، في حين البعد العيادي الخاص بالقلق لصالح طالبات العلوم الإنسانية.
- فيما يخص متغير السنة الدراسية، بينت النتائج دلالته في البعد العيادي المتعلق بعدم الكفاية والتوتر لصالح طلبة السنة الأولى جامعي، أي لأن طلبة السنة الأولى أقل كفاية وأكثر توتراً من طلبة السنة الرابعة.
- فيما يخص متغير التخصص الدراسي، بينت النتائج دلالته في البعد العيادي المتعلق بعدم الكفاية والاكتئاب لصالح طلبة العلوم الإنسانية، في حين البعد العيادي الخاص بالحساسية لصالح طلبة العلوم التقنية.

- فيما يخص مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية في الوسط الطلابي تؤكد النتائج أن كلتا المجموعتين تعيشان المشكلات نفسها التي تجعل الطالب في حيرة من أمره تؤدي به إلى المزيد من مشاعر القلق العام، والترقب وعدم الاستقرار والخوف من المجهول.

دراسة مغاري (2005) :-

بعنوان: **تأثير الإعاقة السمعية للأطفال على الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة**

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين والدي الأطفال المعاقين سمعياً، وعلاقتها مع المتغيرات الديموغرافية، وهي دراسة وصفية تحليلية مقطعية حيث شملت الدراسة جميع الأطفال المسجلين في مدارس الصم في قطاع غزة حيث كانت نسبة الاستجابة 97%. وقد استخدم الباحث مقياس الصحة النفسية SCL-90-R. وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الاباء والأمهات في الصحة النفسية العامة، وكانت الفروق لصالح الأمهات أي مشكلات الصحة النفسية للأمهات أعلى منها عند الآباء وقد أوصت الدراسة بضرورة عمل برنامج توعية شامل لوالدي الأطفال المعاقين سمعياً وذلك لمساعدتهم في التعامل مع أطفالهم المعاقين سمعياً.

دراسة (هارفام Harpham وآخرون، 2005) :-

بعنوان: **الصحة النفسية للأم وعلاقتها بحالة الطفل الغذائية في أربع دول نامية.**

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين صحة الأم النفسية وتأثيرها على تغذيه الطفل في 4 دول نامية هي : أثيوبيا، الهند، فيتنام، البيرو، واشتملت عينة الدراسة على 20 عيادة من كل دولة فشارك في الدراسة 2000 أم مع أطفا لهم وكانت أعمار الأطفال بين 6 إلى 18 شهراً وتم استخدام مقياس (Self reporting questionnaire SRQ 20) لقياس الحالة النفسية للأم وتم الاهتمام بقياس طول وزن الطفل كمؤشر لحالته التغذوية وكانت نتائج الدراسة بأن هناك علاقة بين الصحة النفسية للأم وإصابة الطفل بسوء التغذية وأن العلاقة طردية بين مرض الأم النفسي وإصابتها بسوء التغذية وكانت هذه النتائج أكثر وضوحاً وظهوراً في كل من الهند وفيتنام ولذلك أوصت الدراسة بضرورة تقديم الخدمات النفسية بجوار الخدمات الطبية للأطفال في قارة أسيا.

<u>دراسة (الشيخ خليل، 2003) :-</u>

بعنوان: **الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة**

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين درجة الاغتراب ودرجة الصحة النفسية، كما هدفت إلى معرفة الفروق في الاغتراب والصحة النفسية بالنسبة(الجنس/التخصص/الإقامة/نوع التعليم/مستوى التعليم/الانتماء السياسي)، وقد تكونت عينة الدراسة من (600) طالب وطالبة، (260) طالباً، (340) طالبة، وقد تم أخذها بطريقة عشوائية من مدارس وجامعات محافظة غزة للعام 2001–2002م، وقد استخدم الباحث مقياس الاغتراب من إعداد أحمد أبو طواحينه، ومقياس الصحة النفسية من إعداد فضل أبو هين.

وقد أسفرت النتائج على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في (اللا معنى–العجز–الاغتراب عن الذات) لصالح الذكور وفي (العزلة الاجتماعية–التمرد) لصالح طلبة الجامعة، وفي (اللامعنى—العجز–العزلة الاجتماعية–الاغتراب عن الذات–الاغتراب الحضاري–التمرد) لصالح طلبة الكليات المختلطة، كما توجد فروق في(اللا معنى–العجز–العزلة الاجتماعية–الاغتراب عن الذات–الاغتراب الحضاري–التمرد) لصالح طلبة الأحزاب الوطنية،كما توجد فروق في(الوسواس القهري – الحساسية التفاعلية – الاكتئاب– القلق– قلق الخوف–البرانويا التخيلية – الذهانية) لصالح الإناث، كما توجد فروق بين سكان الوسط والشمال لصالح سكان الوسط في (الحساسية التفاعلية–القلق–قلق الخواف–البرانويا التخيلية–الذهانية) وتوجد فروق في(القلق–قلق الخوف) لصالح سكان الجنوب، كما توجد فروق في(العداوة–الذهانية) لصالح الكليات النظرية، كما توجد فروق في(العداوة–البرانوايا التخيلية) لصالح طلبة الكليات المختلطة،كما توجد فروق في(الحساسية التفاعلية– قلق الخوف–الذهانية) لصالح طلبة الأحزاب الوطنية، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا بين درجة الاغتراب والدرجة الكلية للصحة النفسية، وأيضا توجد علاقة بين درجة الاغتراب ودرجة كل بعد من أبعاد الصحة النفسية.

دراسة (كحيل، 2002) :-

بعنوان: **مدى تأثير العنف السياسي على الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية**

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير العنف السياسي على الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية، سواءً إذا تعرضت بشكل مباشر أو غير مباشر لتلك الأحداث الصادمة خلال انتفاضة الأقصى، وقد تكونت عينة الدراسة من (180) سيدة فلسطينية، متوسط أعمارهن (18–50) عاماً، وتم تقسيم العينة إلى (90) سيدة كعينة دراسية منهم (45) سيدة أمهات أو نساء شهداء، (45) سيدة أمهات جرحى، وعينة ضابطة مكونة من (90) سيدة لا يكون قد استشهد أو جرح زوجها أو أحد أبنائها، واستخدم الباحث ورقة الاستبانة للقياس النفسي الذي يظهر الأعراض النفسية والمشاكل النفسية من عدمها (SCL-90-R). وأظهرت النتائج أن أكثر الفئات تأثراً ومعاناة وتظهر عليهن الأعراض النفسية بشكل كبير وهن أمهات وزوجات الشهداء مقارنة بأمهات وزوجات الجرحى وأمهات وزوجات لا يكون قد استشهد أو جرح أحد أبنائهن.

دراسة (الزبيدي، 2000) :-

بعنوان: **الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة**

استهدفت هذه الدراسة معرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريسية، وقد طبق الباحث ثلاثة مقاييس لكل من الضغوط النفسية والرضا المهني والصحة النفسية على عينة من أساتذة الجامعة . وبعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام ارتباط بيرسون والاختبار التائي وتحليل التباين الثنائي، توصلت الدراسة الى أن عينة البحث من الذكور والإناث يعانون من ضغوط نفسية، والذكور أكثر معاناة من الإناث، وأن المتوسط الحسابي لدرجات الرضا المهني أقل من المتوسط الفرضي . أما المتوسط الحسابي لمقياس الصحة النفسية أعلى من المتوسط الفرضي وأن عضو هيئة التدريس يتمتع بالصحة النفسية.

دراسة (سمين، 1997) :-

بعنوان: **الأمن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية**

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والأمن والتحمل النفسي على عينة تألفت من (350) طالباً من طلاب الجامعات للمراحل المنتهية. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث ثلاثة مقاييس أحدهما اختبار ماسلو (الشعور – عدم الشعور بالأمن) ومقياس التحمل النفسي ومقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحث، وبعد تحليل البيانات احصائياً بإستخدام اختبار (ت) وتحليل التباين والانحدار المتعدد، توصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية دالة بين متغيرات البحث الثلاثة والتحمل النفسي متغيراً وسيطاً يحول دون حدوث التأثيرات السلبية المتوقعة التي يحدثها الأمن النفسي عن الصحة النفسية وأن الصحة النفسية وظيفة للتحمل والأمن النفسيين ودالة لهما.

دراسة (الزبيدي والهزاع، 1997) :-

بعنوان: **بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة**

و هدفت إلى بناء مقياس لقياس الصحة النفسية ومعرفة دلالة الفروق بين الذكور والإناث لمقياس الصحة النفسية لعينة من طلبة الجامعة، وطبق عليهم مقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحثين . وبعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام معامل الارتباط والوسط الحسابي واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، أظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية التي تشكل لهم أزمات نفسية، ولا يوجد فروق بالصحة النفسية لدى كل من الذكور والإناث.

دراسات تتعلق بمتلازمة داون :-

لقد تناول الباحث الدراسات السابقة التي تناولت متلازمة دوان كما يلي:

دراسة (شلح، 2008) :-

بعنوان: **تقييم خدمات برنامج التدخل المبكر المقدم لأطفال ذوي متلازمة داون في جمعية الحق في الحياة في غزة من وجهة نظر الأهل.**

هدفت الدراسة لتقييم خدمات برنامج التدخل المبكر المقدم لأطفال ذوي متلازمة داون في جمعية الحق في الحياة في غزة من وجهة نظر الأهل، وتكونت عينة الدراسة من 73 أماً لطفل من ذوي متلازمة داون في برنامج التدخل المبكر تم اختيارهم بشكل مناسب، (55) من الذين مازالوا يتلقون خدمات التدخل المبكر، و(18) من الذين أنهوا خدمات التدخل المبكر والتحقوا ببرنامج رياض الأطفال في جمعية الحق في الحياة وتراوحت أعمار الأطفال بين 6- 72 شهراً ، أما الأمهات 20 – 47 سنة، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة استبانة تقييم خدمات التدخل المبكر من إعدادها كما واستخدمت جداول التوافق ومعامل ارتباط بيرسون والإحصاءات الوصفية و(Chi-Square) للحصول على نتائج الدراسة والتي جاءت كما يلي:

- مدى الاستفادة من خدمات برنامج التدخل المبكر كانت عالية.
- مستوى رضا الأهل عن خدمات التدخل المبكر كان عالياً بنسبة 88.8%.
- مستوى مشاركة الأهل في تنفيذ الخطة التأهيلية كانت عالية بنسبة 85%.

دراسة (إبراهيم وعبد الحميد، 2007) :-

بعنوان: **الفروق بين أداء أفراد متلازمة داون والأطفال العاديين فى الاسترجاع لمهمة التشابه الصوتى والكلمات عديمة المعنى فى الذاكرة قصيرة المدى**

هدفت الدراسة إلى تحديد الفروق بين أداء أفراد متلازمة داون والأطفال العاديين فى الاسترجاع على مهمة التشابه الصوتى والكلمات عديمة المعنى فى الذاكرة قصيرة المدى. ولقد طلب من المفحوصين إعادة قائمة تتكون من عشر كلمات متشابهه صوتياً وقائمة أخرى تتكون من عشر كلمات غير متشابهه صو تياً بعد سماعها مباشرة. أيضا قد طلب منهم إعادة قائمة تتكون من

أربعين كلمة عديمة المعنى ذات أربعة مقاطع (عشر كلمات لكل مقطع) بعد سماعها مباشرة. وكانت نتائج الدراسة الخاصة بمهمة التشابه الصوتى أنه قد وجد فروق فى استرجاع الكلمات المتشابهة وغير المتشابهة صوتياً حيث إن استرجاع الأولى أصعب من استرجاع الثانية بالنسبة لكلا العينتين. كما وجد أن الأطفال العاديين استرجعوا بصورة أفضل الكلمات المتشابهة وغير المتشابهة صوتياً من أفراد متلازمة داون.

دراسة (العبري، 2003) :-

بعنوان: **دراسة لبعض مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون مقارنة بنظرائهم من المتخلفين عقلياً**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مظاهر النمو المتخلف عقلياً لدى أطفال متلازمة داون، ومقارنة تلك المظاهر بمثيلاتها عند نظرائهم من المتخلفين عقلياً، وإلى مقارنة معدلات مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون، وإلى معرفة الفروق في نفس المظاهر بين الذكور والإناث عند هؤلاء الأطفال. واستخدمت الدراسة مقياس منسوتا لنمو الأطفال Minnesota Child Development Inventory، الذي وضعه (هارولد آرتون وإدوارد ثوتيج، 1972)، (تعريب: أ.د. فتحي عبدالرحيم/ د. محمد هويدي)، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الأطفال، تضم الأولى منها (60) طفلاً من أطفال متلازمة داون من سن (3سنوات و6 شهور إلى 7 سنوات و6 شهور)، وتضم المجموعة الثانية (60) طفلاً من نظرائهم المتخلفين عقلياً في نفس المرحلة العمرية، والمجموعتان من الأطفال السعوديين الملتحقين بمراكز ذوي الاحتياجات الخاصة للرعاية النهارية. وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- توجد فروق دالة إحصائياً في مظهر النمو العام بين أطفال متلازمة داون ونظرائهم من المتخلفين عقلياً، وإن هذه الفروق لصالح الأطفال المتخلفين عقلياً مما يدل على بطء النمو العام لدى أطفال متلازمة داون.

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين أطفال متلازمة داون ونظرائهم من المتخلفين عقلياً في مظهري الاستيعاب والمفاهيم وتفهم المواقف.

-وجود فروق دالة إحصائياً لصالح أطفال متلازمة داون في مظهري الاعتماد على النفس والنمو الشخصي والاجتماعي.

– لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في جميع مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون.

دراسة (وشاحي، 2003) :-

بعنوان: **التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعرض متلازمة داون "دراسة ارتقائية**

هدفت الدراسة إلى تقييم برنامج التدخل المبكر والتنبيه الذهني للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون والتعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج في تحسين مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال ومنع تدهور نموهم الذهني، وتكونت عينة الدراسة من 90 طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم الزمنية بين 10 شهور – 48 شهراً مقسمين إلى مجموعتين (تجريبية 50، ضابطة 40) حيث تراوح معدل النضج الاجتماعي لديهم ما بين (45 – 70). ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث برنامج بورتج للتربية الفكرية لوايت وكاميرون ومقياس النضج الاجتماعي لفاينلاند ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للسرطاوي واستمارة تسجيل التقييم من إعداد الباحث، كما استخدم الباحث المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار (ت) للحصول على النتائج والتي أكدت هذا البرنامج في تحسين مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال ومنع تدهور نموهم الذهني.

دراسة (صالح، 2002) :-

بعنوان: **فاعلية برنامج بورتج للتنمية الشاملة للطفولة المكبرة في زيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة**

هدفت إلى تحديد مدى فاعلية برنامج بورتج للتنمية الشاملة للطفولة المكبرة في زيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة وذلك على عينة من 82 طفلا وطفلة مصابين بمتلازمة داون تتراوح أعمارهم بين 4 –5 سنوات نصفهم ذكور ونصفهم إناث واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:-

1) مقياس فايددلا ند للنصح الاجتماعي.
2) اختبار رسم الرجل " لجو دافن – هارسي.

3) استمارة تحديد المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة.

4) برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة بورتاج.

وأثبتت الدراسة زيادة معدل النمو الاجتماعي للأطفال المشاركين في البرنامج.

دراسة (ماهوني وآخرون ، 2001) Mahoney & others:-

بعنوان: **فعالية التدخل المبكر في المجال الحركي على الأطفال المصابين بمتلازمة داون أوأطفال بالشلل الدماغي**

و هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية التدخل في المجال الحركي لأطفال مصابين بمتلازمة داون وأطفال آخرين مصابين بالشلل الدماغي وذلك من مدخلين هما علاج اختلال النمو ومهارات النمو.

تضمنت العينة 50 طفلاً منهم 27 طفلاً تم تشخيصهم بأن لديهم متلازمة داون و23 طفلاً لديهم شلل دماغي وكان العمر الزمني للأطفال 14 شهراً عند بداية الدراسة. تم فحص الوظيفة الحركية للأطفال عند دخولهم الدراسة وبعد عام من خدمات التدخل الحركي المبكر. واستخدمت الدراسة مقاييس كما يلي:

1. قياس النمو العام للأطفال.
2. قياس معدل النمو الحركي.

وأوضحت الدراسة أنه لم يحدث إسراع في التنمية الحركية كما كنا نتوقع أو في اتقان الحركة على أساس النضج الذي حدث للأطفال نتيجة قلة عدد جلسات التدخل الحركي.

دراسة (باليسانو، وآخرون، 2001) Palisano & others:-

بعنوان: **وظيفة الحركة الكبيرة لأطفال ذوي متلازمة داون: تكوين منحنى النمو الحركي**

فقد هدفت الدراسة إلى تكوين منحنى نمو أداء الحركة الكبيرة للأطفال المصابين بمتلازمة داون وتقدير احتمالية تحصيل الوظائف الحركية على جميع المراحل العمرية المختلفة. وقد تم أخذ العينة من أماكن تطبيق برامج التدخل المبكر وتكونت من 121 طفلاً مصاباً بمتلازمة داون في مرحلة عمرية بين شهر إلى 6 سنوات.

واستخدمت الدراسة المقاييس التالية:

1- مقياس أداء الحركات الكبرى.

2- مقياس شدة الإعاقة الحركية.

وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يحتاجون وقتاً أطول لتعلم الحركات مثل الحركات المعقدة كما أن شدة الإعاقة اثبت على المعدل وليس على أداء الحركة الأعلى.

دراسة (بيرجلوند، وآخرون، 2001) Berglund & others :-

بعنوان: **التقارير الوالدية لمهارات اللغة المنطوقة لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون**

هدفت الدراسة إلى مقارنة اللغة المنطوقة عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون بمجموعة من الأطفال الطبيعيين وكانت اتجاهات النمو نحو الفروق الفردية وطريقة أداء الكلمات والمهارات العملية للنحو على عينة من 330 من الأطفال المصابين بمتلازمة داون في المرحلة العمرية بين 1- 5 سنوات، 336 من الأطفال الطبيعيين في المرحلة العمرية بين 4،1 – 4،2 سنوات، واستخدمت الدراسة مقاييس عبارة عن قوائم للكلمات والجمل لمعرفة النمو المبكر للتواصل وتم ملء هذه القوائم وعمل المقارنة.

وبينت الدراسة أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون لديهم تأخر طفيف في المهارات العملية للنحو وحدث تقدم مبكر في النمو بطريقة منطقية ويرجع ذلك للجهد الكبر للتدثر المبكر.

<u>دراسة (يولرتش وآخرون، 2001) Ulrich & Others :-</u>

بعنوان: **التمرين على المشي للأطفال المصابين بمتلازمة داون**

هدفت الدراسة إلى إثبات أن التمرين على المشي يقلل من تأخر المشي طبيعياً عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون. أجريت الدراسة على الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتعلمون المشي متأخرين عن الأطفال الطبيعيين بمقدار سنة واحدة.

تكونت عينة الدراسة من 30 من الأطفال المصابين بمتلازمة داون تم اختيارهم بطريقة عشوائية وجميع الأطفال المشتركين في الحراسة انضموا إليها عندما كانوا يستطيعون الجلوس لمدة 30 ثانية بمفردهم وكانوا يتلقون جلسات علاج طبيعي كل أسبوع على الأقل بالإضافة إلى أنهم كانوا يتمرنون على المشي خمسة أيام في الأسبوع لمدة 8 دقائق يوما في بيوتهم كما تم تدريب الوالدين على مساعدة أطفالهم لفحصهم ومعرفة مدى تقدمهم. توصلت النتائج إلى أن المجموعة التي أجريت عليها التجارب تعلمت المشي مع بعض المساعدة والمشي بمفردهم في 873 يوماً و101 يوم أسرع من المجموعة الضابطة نسبياً.

<u>دراسة (كومبلين ،1999) Comblain :-</u>

بعنوان: **مدى قدرة مهمة الكلمات عديمة المعنى على تقييم الذاكرة اللغوية قصيرة المــدى لــدى أفراد متلازمة داون**

و لقد هدفت دراسة كومبلين إلى قياس سعه الذاكرة اللغوية قصيرة المدى لدى عينــة مــن أفراد متلازمة دوان مستخدماً مهمة الكلمات عديمة المعنى، ولقد توصلت الدراسة إلــى أن بعــض أفراد متلازمة داون استطاع أن يردد بعض الكلمات التي تتكون من أربعة مقاطع وأن هذه المهمــة أفضل من مهمة الأرقام فى تعيين سعه الذاكرة قصيرة المدى.

وكانت نتائج الدراسة الخاصة بمهمة التشابه الصوتى أنه قد وجد فــروق فــى اســترجاع الكلمات المتشابهه وغير المتشابهه صوتيا حيث إن أسترجاع الأولى أصعب من استرجاع الثانيــة بالنسبة لكلا العينتين. كما وجد أن الأطفال العاديين استرجعوا بصورة أفضل الكلمات المتــشابهة وغير االمتشابهة صوتياً من أفراد متلازمة داون.

<u>دراسة (محمد، 1997) :-</u>

بعنوان: **معدلات حدوث الطرز الشكلية المتخلفة المصاحبة لمتلازمة داون ومدى تأثيرها على درجة استجابة الأطفال الداون لبرامج التدخل المبكر**

دراسة معدلات حدوث الطرز الشكلية المتخلفة المصاحبة لمتلازمة داون ومدى تأثيرها على درجة استجابة الأطفال الداون لبرامج التدخل المبكر وإيراد علاقة بين الجهود الكهربائية المستحدثة بصرياً والإصابة بمتلازمة داون، بلغت عينة الدراسة 100 حالة مصابة بمتلازمة داون تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 6 أشهر إلى 5،4 عاماً وتضمنت الحالات 75 حالة من الذكور و43 حالة من الإناث ومن تلك الحالات تم اختيار 20 حالة اختياراً عشوائياً للمشاركة في برنامج تنبيه مبكر شامل من أجل تطوير قدراتهم البدنية والذهنية.

<u>و قد استخدام الباحث ما يلي:-</u>

1- فحص إكلينيكي دقيق.

2- دراسة شجرة العائلة.

3- دراسة الكروموسومات.

4 تحليل هرومونات الغدة الدرقية.

5- اختبار ذكاء ستانفورد- بينيه.

6- اختبار فايندلاند للنضج الاجتماعي.

7- أشعة تليفزيونية على القلب.

8- برنامج تدريبي مقترح (بورتيذج التربية الشاملة.).

وتوصل الباحث إلى أن العيوب الخلقة مازالت ذات معدلات حدوث عالية في الأطفال المصابين بمتلازمة داون، كما توصل إلى وجود تحسن ملحوظ لجميع الأطفال المشاركين في البرنامج في قيم معاملي الذكاء والنضج الاجتماعي مقارنة بقيمهم قبل فترة التدريب.

دراسة (أتكنسن وآخرين 1995) Atkinson & others :-

بعنوان : **التكيف المعرفي والضغط العاطفي والحساسية لدي أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون**

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أسلوب التكيف المعرفي (التقرب–التجنب) لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون والحالة العاطفية والحساسية لديهن، حيث تم إجراء الدراسة على 56 أماً وأطفالهن من ذوي متلازمة داون والذين تم متابعتهم طوال عامين كاملين، وحيث تم استخدام وتطبيق مقاييس التكيف المعرفي والضغط العاطفي وتم قياس الحساسية من خلال ملاحظة الطفل والأم، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أساليب التقرب والتجنب قد تم دراستها بصورة واسعة تحت مسميات مختلفة وأنها ثابتة عبر الزمن، وأن متغيرات التكيف المعرفي هذه ربما توسط الضغط النفسي لدى والدي الطفل المعاق بطرق معقدة، كما أشارت النتائج إلى أن الأمهات اللواتي لديهن ميول قوي في التحكم بتقرير الضغوطات لديهن ضغط عاطفي أكثر من الأمهات اللواتي تعتمد أسلوب التكيف بأقل حظر ومراقبة، وفي نفس الوقت بينت النتائج أن التجنب المعرفي للضغوط والضغط العاطفي يقللان من الحساسية السلوكية لدى الأم تجاه طفلها المعاق.

دراسة (سكولوف، 1992) Sokolov :-

بعنوان: **التماثل اللغوي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون**

هدفت الدارسة إلى التعرف على التماثل اللغوي لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون وذلك بالتعرف على طبيعة الكلام وطول الجملة والطلاقة اللغوية وطريقة الكلام بالنسبة للأطفال المعوقين عقلياً والمصابين بزملة داون والفرق بينهما وبين الأطفال العاديين في القدرة على الكلام وطول الجملة، وتكونت العينة في الدراسة الحالية من 48 طفلاً مصاباً بزملة داون وذلك بالمقارنة بعدد (57) طفلاً من الأطفال العاديين وتم الحصول على المعلومات فيما يتعلق بالكلام من خلال الكلمات التلقائية الناتجة عن تفاعل الأمهات معهم وقد تم الحصول على 3 أنواع من المحاكاة واستخدم الباحث برامج اتوماتيكي لتحليل المعلومات والتدرج في الكلام.

وأظهرت النتائج ما يلي:-

الأطفال المعوقون عقلياً والمصابون بزملة داون لديهم قدرة أقل قليلاً من الأطفال العاديين في المحاكاة ولكن طبيعة هذه الفروق كانت لها علاقة ارتباطية بمستوى اللغة ومصدر المحاكاة.

أوضحت الدراسة أيضاً أن هناك اختلافاً واضحاً في طبيعة المحاكاة بالنسبة لحاملي متلازمة داون حيث تختلف هذه القدرة من طفل إلى آخر وكذلك قدرتهم على إعادة الكلام وتخزينها أطول وأظهرت الدراسة أيضا ً بالنسبة لأطفال زملة داون قصر طول الجملة ومشكلات في الصورة وزيادة مستوى الرنين الأنفي لديهم بالمقارنة بالعاديين مع وجود مشكلات أيضاً في تحريك عضلات الشفاه واللسان وأجهزة إخراج الكلام أثناء الحديث.

<u>دراسة (هوشير، 1990) Hooshyar NT., :-</u>

بعنوان: **العلاقة بين أبعاد لغة الأم وكفاءة لغة الطفل المصاب بمتلازمة داون وحالة التطور**

استهدفت الدراسة المقارنة بين ثلاث مجموعات وذلك للتعرف على تأثير تفاعل الأم مع طفلها وتطور النطق لديه وقسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات الأولى كالتالي (21) طفلاً عادياً والثانية (21) طفلاً من ذوي متلازمة داون والثالثة (19) طفلاً ممن يعانون من صعوبات في نطق اللغة بمرحلة ما قبل المدرسة وقد استطاعت الباحثة المجانسة بين المجموعات الثلاث واستخدمت مقياس فايندلاند للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior كما قامت الباحثة بتسجيل صوتي للتفاعل ما بين الأم والطفل على شرائط فيديو لمدة 20 دقيقة في المنزل وتسجيل كيفية التعرف على وظائف اللغة وتطورها واتضح من الدراسة أن أربعة أنواع مختلفة من المحادثة تحدث بين الطفل وأمه في النتائج التالية:

1- حينما تتقبل الأم الطفل وتتجاوب معه في الحديث كان له الأثر في تحسن الحالة المرضية وخاصة صعوبات النطق بالمقارنة بمجموعة العاديين.
2- كما اتضحت أيضاً من الدراسة اضطرابات طول المقطع وطول الجمل تأثر بشكل كبير لدى المجموعات الثلاث وفقاً لتجاوب مع الأمهات لأطفالهن.
3- كما أظهرت الدارسة بأن المهارات اللغوية تتحسن بشكل ملحوظ لدى حاملي متلازمة داون من خلال أنشطة اللعب مع الأمهات حيث يتيح لهم فرص التعبير عن الذات وإن تخلل ذلك مشكلات في الصوت لديهم.

دراسة (سميث وتتشنر، 1986) Smith & Tetychner :-

بعنوان: **المهارات التواصلية والحسية الحركية واللغوية لدى الأطفال ذوي متلازمة داون**

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى استخدام المهارات التواصلية والحسية الحركية واللغوية لدى الأطفال المصابين بزملة داون وكانت الفرضية الرئيسية مؤداها بأن الأطفال المصابين بزملة داون يفضلون استخدام الإشارات أكثر من اللغة التفسيرية استناداً إلى أن اتقان اللغة يتطلب عدة مهارات وأن عملية التعامل تتحدد بعوامل النمو ودرجة الكفاءة اللغوية لدى الطفل.

وحتى يتحقق الباحث من الفرضية أخذ عينة الدراسة بشكل عشوائي حيث تألفت من حوالي 13 طفلاً من الذكور والإناث ممن يعانون من زملة داون كعينة تجريبية واشتملت العينة الضابطة على (13) من الذكور والإناث المعوقين عقلياً وغير مصابين بزملة داون وقد بلغ متوسط العمر العقلي لأطفال العينة (20.5) شهراً والعمر الزمني كان ما بين 9:5 سنوات وقد أجرى الباحث علمية المجانسة بين أفراد العينة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي وطبق اختبار مستوى الأداء اللغوي وسلوك الطفل أثناء تواجدهم مع الأم.

وأسفرت الدراسة إلى النتائج التالية:

أمهات الأطفال المعوقين عقلياً وغير مصابين بزملة داون كن أكثر تفاعلاً من أطفالهن في مهارات التواصل الحسي والحركي وكن أكثر إثارة لغوية إذ حاولت الأمهات تهيئة المواقف التي تساعد الأطفال على التواصل اللفظي وتنتمي مهارات اللغة وهو ما انعكس على أطفالهن في مهارات التواصل والحدث.

أما بالنسبة للأمهات الأطفال المعوقين عقلياً والمصابين بزملة داون فقد أظهرن تفاعلاً ومشاركة أقل مع أطفالهن وقد لوحظ أيضاً وجود مشاعر الإحباط هو ما انعكس على التأخر اللغوي للأطفال ووجود قصور في النطق مخارج الحروف واستخدام الأطفال للكلمة الواحدة في التعبير وقد فسرت النتائج من خلال عدم تفاعل الأمهات مع الأطفال إلى جانب عدم توفير أو تهيئة البيئة التربوية المبكرة لهذه الفئة.

✚ **دراسات تتعلق بأولياء الأمور وأمهات المعاقين:-**

لقد تناول الباحث الدراسات السابقة التي تعلقت بأولياء الأمور وأمهات المعاقين كما يلي:

دراسة (منذر، 2006) :-

بعنوان: **مدى رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين في سوريا**

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين Autistic children في سوريا. كذلك حاولت الدراسة معرفة أثر كل من جنس ولي الأمر، ومدة التحاق الطفل بالمركز، والدخل الشهري للأسرة، والمستوى التعليمي لولي الأمر، والفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل على مدى رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين.ولتحقيق هذه الأهداف، استخدمت استبانة خاصة ذات تدرج ثلاثي للإجابة (أوافق، أوافق لحد ما، لا أوافق) تتناول بعدين رئيسيين هما: الخدمات المقدمة للطفل، والخدمات المقدمة للأسرة. وتم توزيع الاستبانة على (104) من أولياء الأمور. بالإضافة إلى ذلك، تم إجراء مقابلات شبه مغلقة مع (20) ولي أمر من محافظتي اللاذقية ودمشق، وذلك عبر نموذج للمقابلة يتمتع بدرجات صدق وثبات مناسبة لأغراض الدراسة.أشارت النتائج في هذه الدراسة إلى أن أولياء الأمور راضون عموماً عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين في سوريا. ولم يكن هناك تأثير للمتغيرات (جنس ولي الأمر، ومدة التحاق الطفل بالمركز، والدخل الشهري للأسرة، والمستوى التعليمي لولي الأمر) على مدى رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين. لكن النتائج أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى الرضا تعزى لمتغير الفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل. فقد عبّر أولياء الأمور الذين تزيد أعمار أطفالهم عن عشر سنوات عن مستويات أعلى من الرضا مقارنةً مع أولياء أمور الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (5 – 10) سنوات. ولم تظهر فروق في مستوى الرضا عند أولياء أمور الأطفال المنتمين للفئة الأولى (5 سنوات فما دون) مقارنةً مع الفئتين الباقيتين.

دراسة (كامل، 2006) :-

بعنوان: **فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليا**

أجريت الدراسة الحالية بهدف تطبيق برنامج إرشادي لتحسين التوافق النفسي لدى الأمهات هذا من ناحية، والتحقق من جدوا في خفض الإساءة على أطفالهن المعاقين عقليا من ناحية أخرى. وقد اشتملت عينة الدراسة على (10) أمهات وأطفالهن المعاقين عقلياً وعددهم (10) أطفال، وتضمنت أدوات الدراسة مقاييس التوافق النفسي، والإساءة للأطفال، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادى. وأسفرت نتائج الدراسة عما يأتى :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الأمهات قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك على مقياس التوافق النفسي، لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الأمهات بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وبعد فترة المتابعة، وذلك على مقياس التوافق النفسي، لصالح المتابعة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الأطفال المعاقين عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهاتهم، وذلك على مقياس الإساءة، لصالح الأطفال بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهاتهم.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الأطفال المعاقين عقلياً بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهاتهم، وبعد فترة المتابعة، وذلك على مقياس الإساءة، لصالح الأطفال بعد فترة متابعة البرنامج على أمهاتهم.

- وقد فسر الباحث النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وخرج ببعض التوصيات المهمة.

دراسة (عبدات، 2004) :-

بعنوان: **مستوى رضا أولياء أمور المعوقين عن خدمات التأهيل المهني المقدمة لأبنائهم**

حاولت الدراسة التعرف على مستوى رضا أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة عن مستوى الخدمات المقدمة لأبنائهم في مرحلة التأهيل المهني تبعاً لجنس المعاق، ونوع إعاقته، والورشة التي يتدرب فيها، وقد أجريت الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي 2004/2003 من خلال استبانة تم تطبيقها على جميع أولياء أمور طلبة قسم التأهيل المهني بمدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، تضمنت الاستبانة مجالات الأنشطة التي يمارسها الطلاب بعد سن 15 سنة أي بعد انتهاء برنامج التعليم الأكاديمي، ومدى استفادتهم من التدريب المقدم وميول الطلاب المهنية، ومستوى التدريب والتشغيل والمتابعة في سوق العمل فيما بعد.وقد اتبعت الدراسة المنهج الوصفي المسحي نظراً لملاءمته لأغراض الدراسة، كما تكون مجتمع الدراسة من جميع أولياء أمور طلبة قسم التأهيل المهني والبالغ عددهم (83) طالباً وطالبة. تم أخذ آراء بعض أولياء الأمور مبدئياً حول الخدمات المقدمة لأبنائهم وملاءمتها. كما وأعد الباحثان استبانة لقياس مدى رضا أولياء الأمور نحو الخدمات المهنية المقدمة، حيث تم عرضها على مجموعة من الخبراء المحكمين للتأكد من صدقها. تمت الإجابة عن جميع أسئلة واستفسارات أولياء الأمور خلال فترة التوزيع والإجابة على الاستبانة، والتأكيد على حرية الإدلاء بالرأي، وعدم ذكر الاسم عند الإجابة، وسرية البيانات المقدمة -.عولجت الاستبانات إحصائياً باستخدام برنامجSPSS ، حيث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والتكرارات والنسب المئوية. وقد أظهرت الدراسة أن هناك مستوى مرتفعاً من رضا أولياء الأمور تجاه الخدمات المقدمة لأبنائهم في قسم الـتأهيل المهني، جيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للأبعاد (2.67) أي ما نسبته 89 %، أما بالنسبة للأبعاد الفرعية لأداة الدراسة، فقد ظهرت أبعاد (الاستفادة من التدريب، التواصل بين الأسرة والقسم، ميل الطالب للمهنة، الخدمات العامة في القسم، مستوى التدريب، الأقساط المدرسية) بمستوى مرتفع.

دراسة (بخش، 2002) :-

بعنوان: **الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية ،**

أجريت هذه الدراسة بهدف التعرف على الضغوط الأسرية التي تواجه أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط. وضمت العينة (100) أُمٍّ لأطفال معاقين عقلياً من مدينة جدة ملتحقين بمركز الإنماء الفكري. وتتراوح أعمار الأمهات بين 24 – 45 سنـــة بينما تتراوح أعمار الأطفال بين 6سنوات – 14 سنة، وتم استخدام مقياس الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين عقلياً، ومقياس المساندة الاجتماعية. وأسفرت الدراسة عن النتائج الآتية:

– يوجد ترتيب للضغوط والاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية وفقاً لأهميتها النسبية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

– توجد علاقة ارتباطية دالة بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن كل على حدة، وكذلك بين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية لهن.

– توجد علاقة ارتباطية دالة بين الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية، وبين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغوط، بينما لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية عند عزل الاحتياجات الأسرية.

دراسة (الشخصي والسرطاوي، 1998) :-

بعنوان: **دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية**

حاولت تحديد احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً، وسمعياً، وبصرياً، وبدنياً، لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء. واشتملت العينة على مجموعة من أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً، وطبق على العينة بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة

والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين. ولقد توصلت النتائج إلى أن أولياء الأمور اتفقوا على ترتيب الاحتياجات حسب أهميتها، بحيث يأتي الدعم المادي أولاً ويلي ذلك الاحتياجات المعرفية، ثم الدعم المجتمعي، وأخيراً الدعم الاجتماعي، وأن تلك الاحتياجات تتزايد بصورة عامة بارتفاع مستوى الضغط النفسي وبارتفاع مستوى مواجهة الضغط النفسي.

دراسة (القمش، 1994):-

بعنوان: **مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة**

هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، وكذلك التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها الأهالي في التعامل مع هذه المشكلات.

تكونت العينة من (220) طفلاً من الأطفال المعوقين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (1- 8) أعوام، وطبق على العينة مقياساً للتعرف على مستويات حدوث المشكلات لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، ومقياس حول استراتيجيات الأهالي في التعامل مع هذه المشكلات، ولقد كشفت نتائج الدراسة أن أكثر المشكلات شيوعاً لدى هؤلاء الأطفال، الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، العدوان، إيذاء الذات، كما كشفت النتائج إلى أن أكثر الاستراتيجيات استخداماً مع الأطفال المعاقين عقلياً، هو العقاب الجسدي بالإضافة إلى استخدام الحرمان والعزل، والتنبية، والتوبيخ اللفظي.

دراسة (ديسيل، 1994) Desselle :-

بعنوان: **تقدير الذات والمناخ الأسري وأنماط التواصل وعلاقتها بالصمم**

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين أساليب التواصل التي يستخدمها الآباء وتقدير الذات لدى أبنائهم الصم وضعاف السمع. وتكونت عينة الدراسة من 53 مراهقاً أصم وضعيف السمع ممن تتراوح أعمارهم ما بين 13- 19 سنة، بالإضافة إلى آباء هؤلاء الصم، وقد

تمت مجانسة أفراد الدراسة من حيث درجة الإعاقة والذكاء. استخدمت الدراسة عدة أدوات منها القائمة المعدلة لتقدير الذات (إعداد كيلهر)، واستبيان التواصل، واختبار الذكاء لستانفورد.

وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين أساليب التواصل وتقدير الذات لدى المراهق ذوي الإعاقة السمعية، إذ تبين أن أبناء الآباء الذين يستخدمون أكثر من أسلوب (قراءة الشفاه، لغة الإشارة، التواصل الكلي) مع أبنائهم ذوي الإعاقة السمعية، كانوا أكثر تقديراً لذواتهم وتقبلاً للآخرين وذلك على عكس أبناء الآباء الذي يستخدمون مجرد وسيلة واحدة فقط مع أبنائهم المعاقين سمعياً فقد كانوا أقل تقديراً لذواتهم، وكلما كان الآباء أكثر معرفة بأساليب التواصل مع أبنائهم الصم أدى ذلك إلى شعور الأصم وضعيف السمع بأنه مقبول اجتماعياً، وأن هذه الإعاقة مجرد ضعف في إحدى الحواس، ويمكن التغلب عليها باستخدام وسائل معينة.

<u>دراسة (أليس، 1994) Alice :-</u>

بعنوان: **اتجاهات ودور الوالدين في التدخل المبكر : دور الوالدين والمختصين**

وهدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات ودور أولياء أمور الأطفال المعوقين سمعياً والخبراء المهنيين نحو التدخل المبكر، وأثر ذلك في تحسين عمليات تفاعل الأطفال الصم بأفراد المجتمع والتكيف مع الظروف المختلفة. وقام الباحث باستطلاع آراء 168 أباً وأماً و142 موظفاً في مراكز للأطفال الصم.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأسلوب التقليدي للآباء والأمهات هو التزام السكوت والصمت عند قدوم الموظفين المتخصصين إلى المنزل دون أن يكون هناك أي نوع من التدخل أو إعطاء الآراء حول طبيعة أطفالهم وأنماط سلوكهم. لذا إن هذا الأسلوب كان له أثر في إقلال حالات التفاعل للأطفال الصم مع أفراد المجتمع وتهيئة الطفل للعزلة والانطواء.

دراسة (شعيب، 1991) :-

بعنوان: **دراسة لمشاعر القلق والعصابية لدى الأمهات لأطفال معوقين وغير معوقين**

وهدفت إلى الكشف عن مشاعر القلق لدى الأمهات لأطفال معوقين وغير معوقين، وأجريت على عينة قوامها 65 أماً شملت 18 أماً لأطفال مصابين بإعاقة سمعية، 15 أماً لأطفال مصابين بفقد البصر، 13 أماً لأطفال متخلفين عقلياً، واستخدم الباحث أيضاً عينة قوامها 150 أماً لأطفال عاديين. واستخدمت الدراسة مقياس القلق الصريح من إعداد الباحث، ومقياس الاكتئاب إعداد ماريا كوفاكس، ومقياس العصابية، مشتق من اختبار الشخصية إعداد آيزنك.

وتوصلت الدراسة إلى أن أمهات الأطفال المعاقين سمعياً، بصرياً، فكرياً، لديهن زيادة في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين وأنهن أكثر إحساساً بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات (العاديات)، وأن أمهات الأطفال المعوقين سمعياً، والمتخلفين عقليا لديهن ارتفاع في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين.

دراسة طعيمة والبطش (1984) :-

بعنوان: **اتجاهات ومفاهيم الوالدين حول الإعاقة العقلية في الأردن**

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر كل من المستوى التعليمي والجنس والعمر ووجود فرد معوق فى الأسرة على الاتجاهات والمفاهيم نحو الإعاقة العقلية. تمت الاستعانة بجزأين من مقياس تيمشوك (Tymchuk - 1979) وذلك بعد أن تمت ترجمته وتعديل الصياغة اللغوية عليه بحيث يتلاءم والبيئة الأردنية. تم تطبيق أداة الدراسة بأسلوبين هما : الأسلوب الفردي والأسلوب الجمعي حيث اتبع الأسلوب الأول فى حالة الآباء والأمهات الذين هم دون المرحلة الإعدادية من حيث تحصيلهم الدراسى . أما الأسلوب الثاني قد اتبع فى حالة الآباء والأمهات الذين ينحصر مستواهم التعليمي بين مستوى التعليم الثانوي ومعهد المعلمين من جهة وبين المستوى الجامعي من جهة أخرى باستثناء بعض الحالات تم استخدام الأسلوب الفردي معها وقد تم مراعاة ظروف ملائمة للتطبيق فى كلا الأسلوبين. أعطيت التعليمات إلى كل من الوالدين الذين يجرى التطبيق عليهم سواء

كانا فى عينة الوالدين لأطفال معوقين عقلياً أو فى عينة الوالدين لأطفال أسوياء، وجاءت نتائج الدراسة كما يلي:

– أن لوجود طفل معوق أو عدمه تأثيراً ذي دلالة على الاتجاهات نحو الإعاقة لصالح الوالدين لأطفال معوقين مما يعكس اتجاهات أكثر إيجابية لديهم.

– عدم وجود فارق ذي دلالة من حيث مفاهيم كل من الوالدين لأطفال معوقين وغير معوقين حول الإعاقة العقلية .

– كلما زاد عمر الوالدين ازدادت اتجاهاتهم الإيجابية نحو الإعاقة أما المفاهيم فدلت النتائج إلى وجود فرق ذي دلالة ما بين مستويات العمر المختلفة على مقياس المفاهيم لصالح الوالدين من الأعمار الصغرى.

– وجود أثر ذي دلالة للمستوى التعليمي للآباء والأمهات على الاتجاهات بينهما نحو الإعاقة لصالح الآباء من مستويات تعليمية عليا سواء كانوا أباء وأمهات لأطفال معوقين أو غير معوقين.

– دلت الدراسة على وجود فرق ذي دلالة إحصائية لصالح الأمهات بغض النظر عن المستوى التعليمي لهن أو وجود أو عدم وجود طفل معوق لديهن.

دراسة (كوندل، 1966).Condell JF :–

بعنوان: **الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة العقلية**

واهتمت الدراسة بدراسة الاتجاهات الوالدية للإعاقة العقلية، وتكونت العينة من (192) أسرة منها (144) أسرة لديها أطفال معاقون عقلياً و(48) أسرة ليس لديها أطفال معاقون، وطبق على العينة مقياس أدين Edin لرد فعل الوالدين نحو الإعاقة واشتمل المقياس على خمسة أبعاد هي: الصدمة، الارتباك، الرفض، الحزن، الغضب ولقد توصلت النتائج إلى ارتفاع مستوى الاتجاهات السالبة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بالمقارنة بأسر الأطفال غير المعاقين.

دراسة (فاربر : 1959) Farber:-

بعنوان: **تأثير الطفل شديد التخلف العقلي على الدمج الأسري**

و قد هدفت الدراسة لتقييم فعالية برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي في مساعدة الوالدين على التوافق مع حالة طفلهما المعاق عقليا، وتكونت العينة من (24) أسرة ممن لديهم طفل معاق عقليا يتراوح عمرة ما بين (9 – 12) عاماً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية، والأخرى ضابطة، ولقد استخدم في البرنامج محاضرات أسرية تتضمن إرشادات عن الإعاقة العقلية وآثارها، وردود الفعل، وطرق التواصل مع الطفل المعاق عقلياً وكيفية العناية به، ولقد أشارت النتائج إلى أن البرنامج لة تأثير دال في تحسين التوافق لدى الوالدين، كما عبر الوالدان عن حاجاتهما إلى التفاعل مع آباء وأمهات أطفال معاقين عقلياً آخرين، وعن حاجاتهم إلى معلومات عن حالة أطفالهم، وحاجاتهم إلى الإرشاد، كما أظهرت مجموعة الأسر التجريبية تحسنا في المهارات الاجتماعية والتواصلية، وكانوا أكثر شعوراً بالأمان في ارتباطهم بالأسر، وأفضل توافقاً من أطفال مجموعة الأسر الضابطة.

التعليق على الدراسات السابقة

بعد ما عرض الباحث الدراسات السابقة التي حصل عليها والتي تناولت الصحة النفسية وتناولت أيضاً متلازمة داون وكذلك التي تناولت أولياء أمور وأمهات المعاقين، فسيقوم بالتعليق عليها بشكل مختصر من حيث العينات والأدوات والأساليب الإحصائية والنتائج كما يلي:-

أولاً: التعليق على الدراسات التي تناولت الصحة النفسية:-

تبين من خلال عرض الدراسات السابقة ما يلي:

1- أجريت بعض الدراسات على طلبة جامعيين مثل (العيد : 2005)، (الشيخ خليل : 2003)، (الزبيدي والهزاع : 1997)، (سمين : 1997).

و بعضها تناول والدي المعاقين مثل (مغاري : 2005)، وتناول (كحيل : 2002) المرأة، في حين تناولت دراسة (الزبيدي : 2000) أساتذة الجامعات، أما (هارفام : 2005) فتناول الأم، كما تناولت (أبو العمرين : 2008) العاملين بمهنة التمريض.

أما من حيث حجم العينات فقد تنوعت بين عينات كبيرة جداً مثل (هارفام وآخرون : 2005 : ن = 2000) وعينات كبيرة مثل (العيد : 2005 : ن = 640) و(الشيخ خليل : 2003 : ن = 600) ودراسات أخرى أقل حجماً مثل (المغاري : 2005 : ن = 486) و(سمين : 1997 : ن = 350) و(أبو العمرين : 2008 : ن = 201) وعينات صغيرة مثل (كحيل : 2002 : ن = 180).

كما شملت أغلب الدراسات على عينة من الجنسين (ذكور وإناث) باستثناء دراسة (هارفام : 2005) و(كحيل : 2002) حيث اقتصرت دراستهما على الإناث، وكذلك دراسة (سمين : 1997) والتي أجريت على الذكور.

2- تنوعت بيئة الدراسات على النحو التالي : فلسطينية مثل (أبو العمرين : 2008) و(مغاري : 2005) و(الشيخ خليل : 2003)، (كحيل : 2002)، في حين كانت دراسة (العيد :

2005) في بيئة جزائرية، وأما (الزبيدي : 2000) و(سمين : 1997) و(الزبيدي والهزاع : 1997) فكانت في البيئة العراقية، أما (هارفام : 2005) فكانت في الدول النامية (أثيوبيا، الهند، فيتنام، البيرو).

3- استخدمت العديد من الدراسات مقياس الصحة النفسية (SCL-90-R) بينما نجد أن (أبو العمرين : 2008) و(سمين : 1997) و(الزبيدي والهزاع : 1997) استخدموا أدوات من إعداد الباحثين، أما (العيد : 2005) استخدم قائمة كورنل الجديدة طبعة (1986)، وأما (هارفام : 2005) فقد استخدم مقياس (SRQ 20).

4- تنوعت الدراسات التي تناولت الصحة النفسية في المتغيرات التي تدرس العلاقة معها، فالبعض درس العلاقة بينها وبين المتغيرات الديمغرافية (مغاري : 2005) والبعض درس العلاقة بينها وبين الاغتراب (الشيخ خليل : 2003) والبعض درس العلاقة بينها وبين العنف السياسي (كحيل : 2002) كما درس البعض العلاقة بينها وبين الضغوط النفسية (الزبيدي : 2000) وبينها وبين الأمن والتحمل النفسي (سمين : 1997) في حين درس (هارفام : 2005) علاقتها بتغذية الطفل.

5- تنوعت الأساليب الإحصائية المستخدمة حيث شملت عدداً من الأساليب والمعادلات الإحصائية منها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية واختبارات للفروق بين المتوسطات وتحليل التباين الأحادي والثنائي واختبار التاء والانحدار المتعدد ومعامل الارتباط بيرسون.

6- توصلت الدراسات السابقة إلى العديد من النتائج وذلك نتيجة لاختلاف هدف وفروض ومتغيرات كل دراسة، فقد أظهرت دراسة (أبو العمرين : 2008) وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات تعزى لعامل الجنس لصالح الممرضين، وكذلك تعزى لعامل المستوى الاقتصادي لصالح ذوي الدخل المرتفع، أما دراسة (العيد : 2005) فقد أظهرت النتائج دلالة متغير الجنس في البعد العيادي المتعلق بالاكتئاب والغضب والتوتر لصالح الذكور، في حين البعد العيادي الخاص بالقلق لصالح طالبات العلوم الإنسانية، إلا أن دراسة (مغاري : 2005) جاءت بنتائج مختلفة فيما يتعلق بمتغير الجنس، حيث توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين آباء وأمهات المعاقين سمعياً في الصحة النفسية العامة، وكانت الفروق لصالح الأمهات، كما أكدت نتائج دراسة (هارفام Harpham وآخرون : 2005) بأن هناك علاقة بين الصحة النفسية

للأم وإصابة الطفل بسوء التغذية، وأن العلاقة طردية بين مرض الأم النفسي وإصابتها بسوء التغذية، وأكدت دراسة (الشيخ خليل : 2003) على أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين درجة الاغتراب والدرجة الكلية للصحة النفسية، وأيضاً توجد علاقة بين درجة الاغتراب ودرجة كل بعد من أبعاد الصحة النفسية، كما أظهرت نتائج دراسة (كحيل : 2002) أن أكثر الفئات تأثراً ومعاناة وتظهر عليهن الأعراض النفسية بشكل كبير هن أمهات وزوجات الشهداء مقارنة بأمهات وزوجات الجرحى وأمهات وزوجات لا يكون قد استشهد أو جرح أحد أبنائهن، كما توصلت دراسة دراسة (الزبيدي : 2000) إلى أن عينة البحث من الذكور والإناث يعانون من ضغوط نفسية، وأن الذكور أكثر معاناة من الإناث وأن المتوسط الحسابي لمقياس الصحة النفسية أعلى من المتوسط الفرضي، وأن عضو هيئة التدريس يتمتع بالصحة النفسية، كذلك أظهرت دراسة (سمين : 1997) وجود علاقة ارتباطية دالة بين متغيرات البحث الثلاثة والتحمل النفسي متغير وسيط يحول دون حدوث التأثيرات السلبية المتوقعة التي يحدثها الأمن النفسي عن الصحة النفسية، وأن الصحة النفسية وظيفة للتحمل والأمن النفسيين ودالة لهما، أما دراسة (الزبيدي والهزاع : 1997) فقد أظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية التي تشكل لهم أزمات نفسية، ولا يوجد فروق بالصحة النفسية لدى كل من الذكور والإناث.

7- وقد استفاد الباحث من هذه الدراسات في صياغة فروض الدراسة وتحديد الأدوات المستخدمة والأخذ بالأساليب الإحصائية المناسبة ومناقشة نتائج الدراسة.

ثانياً: التعليق على الدراسات التي تناولت متلازمة داون :-

تبين من خلال عرض الدراسات السابقة ما يلي:

1- أجريت جميع الدراسات على مصابين بمتلازمة داون وشملت (شلح : 2008)، (إبراهيم وعبد الحميد :2007)، (العبري : 2003)، (وشاحي : 2003)، (صـــالح : 2002)، (مـــاهوني وأخرون : 2001)، (باليسانو وأخرون : 2001)، (بيرجلوند وأخـــرون : 2001)، (يـــولرتش وآخرون : 2001)، (كومبلين : 1999)، (محمد : 1997)، (أتكنسن وآخرون : 1995)، (سكولوف : 1992)، (هوشير : 1990)، (سميث وتتشنر : 1986).

أما من حيث حجم العينات فقد تنوعت بين عينات كبيرة مثل (بيرجلوند وآخرون : 2001 : ن = 660) وعينات صغيرة مثل (محمد : 1997 : ن = 100) و(شـــلح : 2008 : ن = 73) و(العبري : 2003 : ن = 120) و(باليسانو: 2001 : ن = 121) و(ســـكولوف : 1992 : ن = 105) و(وشاحي : 2003 : ن = 90) و(صالح : 2002 : ن = 82) وعينات أصغر حجمـــاً مثل (هوشـــير :1990 : ن = 61) و(أتكنـــسن وآخـــرون : 1995 : ن = 56) و(مـــاهوني وآخرون : 2001 ن = 50) وعينات صغيرة جداً مثل (بولرتش وآخرون : 2001 : ن = 30) و(سميث وتتشنر : 1986 : ن = 26).

كما شملت أغلب الدراسات على عينة من الجنسين من الأطفال من ذوي متلازمـــة داون (ذكـــور وإناث) باستثناء دراسة (شلح : 2008) و(أ تكنـــسن وآخـــرون : 1995) حيـــث اقتـــصرت دراستهما على الأمهات لأطفال ذوي متلازمة داون.

2- تنوعت بيئة الدراسات على النحو التالي : فلسطينية مثل (شلح : 2008) وتنوعـــت بيئـــات الدراسات العربية الأخرى لتشمل البيئة المصرية مثل (إبراهيم وعبد الحميد : 2007) و(وشاحي : 2003)، (صالح، 2002) و(محمد : 1997) والبيئة السعودية مثل (العبري : 2003)، في حين أن دارسة كل من (باليسانو وآخرون : 2001) و(بيرجلوند وآخرون : 2001) و(يولرتش وآخرون : 2001)، و(كومبلين : 1999) و(أتكنسن وآخرون : 1995) و(سكولوف : 1992) و(هوشير : 1990) و(وسميث وتتشنر: 1986) أجريت في بيئات أجنبية.

3- تنوعت المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة بصورة كبيرة وذلك لتنـــوع أهـــداف هـــذه الدراسات، حيث استخدمت (شلح : 2008) استبانة تقييم خدمات التدخل المبكر من إعداد الباحثة،

واستخدم كل من (إبراهيم وعبد الحميد : 2007) و(بيرجلوند وآخرون : 2001) و(كومبلين : 1999) قوائم الكلمات والجمل، وأما (العبري : 2003) فقد استخدم مقياس منسوتا لنمو الأطفال تعريب (فتحي عبد الرحيم ومحمد هويدي)، كما استخدمت (وشاحي : 2003) برنامج بورتج للتربية الفكرية لوايت وكاميرون ومقياس النضج النضج الاجتماعي لفاينلاند ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للسرطاوي واستمارة تسجيل التقييم.، كذلك استخدم (صالح : 2002) مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي واختبار رسم الرجل "لجو دافن-هارسي" واستمارة تحديد المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة وبرنامج بورتج للتنمية الشاملة، أما (ماهوني وآخرون : 2001) فقد استخدم مقياس النمو العام ومقياس معدل النمو الحركي، واستخدم (يولرتش وآخرون : 2001) و(سكولوف : 1992) الملاحظة وتسجيل السلوك، في حين أن (محمد : 1997) استخدم الفحص الإكلينيكي الدقيق ودراسة شجرة العائلة ودراسة الكرموسومات وتحليل هرمونات الغدة الدرقية واختبار ذكاء ستافورد-بينيه واختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي وأشعة تليفزيونية على القلب بالإضافة لبرنامج بورتج للتربية الشاملة، من ناحية أخرى استخدم (أتكنسن وآخرون : 1995) مقاييس التكيف المعرفي والضغط الانفعالي والحساسية والملاحظة، أما (هوشير : 1990) فقد استخدمت مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي والتسجيل الصوتي، واكتفي (سميث وتتشنر : 1986) باستخدام اختبار الأداء اللغوي.

4- تنوعت الدراسات التي تناولت متلازمة داون في المتغيرات التي تناولتها، فالبعض اهتم بدراسة التدخل المبكر مثل (شلح : 2008) و(وشاحي : 2003) و(صالح : 2002) و(ماهوني وآخرون : 2001) و(باليسانو وآخرون : 2001) و(محمد : 1997)، أما دراسة (إبراهيم وعبد الحميد : 2007) و(كومبلين : 1999) فقد تناولت الذاكرة اللغوية قصيرة المدى، في حين أن (العبري : 2003) تناول مظاهر النمو العام، وتناول (باليسانو وآخرون : 2001) تكوين منحنى النمو الحركي، كما درس (بيرجلون وآخرون : 2001) و(سكولوف : 1992) و(هوشير : 1990) اللغة المنطوقة والتماثل اللغوي والكفاءة اللغوية، وأما دراسة (يولرتش وآخرون : 2001) فتناولت التمرين على المشي، وتناول (محمد : 1997) معدلات حدوث الطرز الشكلية المختلفة، أما دراسة (أتتكنسن وآخرون : 1995) فتناولت التكيف المعرفي والضغط العاطفي والحساسية لدى الأمهات، في حين أن (سميث وتتشنر : 1986) تناولا المهارات التواصلية والحسية الحركية واللغوية.

5- تنوعت الأساليب الإحصائية المستخدمة حيث شملت عدداً من الأساليب والمعادلات الإحصائية منها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية واختبارات للفروق بين المتوسطات وتحليل التباين الأحادي والثنائي واختبار التاء ومربع كاي والانحدار المتعدد ومعامل الارتباط بيرسون.

6- تنوعت نتائج الدراسات التي تناولت متلازمة داون وذلك نظراً لتنوع متغيراتها، فنجد أن نتائج دراسة (شلح : 2008) دلت على أن مدى الاستفادة من خدمات برنامج التدخل المبكر كانت عالية وأن مستوى رضا الأهل عن خدمات التدخل المبكر كان عالياً بنسبة 88.8% كما أن مستوى مشاركة الأهل في تنفيذ الخطة التأهيلية كان بدرجة عالية وبنسبة 85%، وهو ما اتفق مع نتائج دراسة (وشاحي، 2003) والتي أكدت على أن هذا برنامج التدخل المبكر يساعد في تحسين مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال ومنع تدهور نموهم الذهني، كذلك جاءت نتائج دراسة (صالح، 2002) والتي أثبتت زيادة معدل النمو الاجتماعي للأطفال المشاركين في برنامج بورتج للتدخل المبكر، كذلك بينت نتائج دراسة (محمد، 1997)أن العيوب الخلقية مازالت ذات معدلات حدوث عالية في الأطفال المصابين بمتلازمة داون، كما توصل إلى وجود تحسن ملحوظ لجميع الأطفال المشاركين في برنامج التدخل المبكرفي قيم معاملي الذكاء والنضح الاجتماعي مقارنة بقيمهم قبل فترة التدريب، إلا أن دراسة (ماهوني وآخرون : 2001) فقد أوضحت نتائجها أنه لم يحدث إسراع في التنمية الحركية كما كنا نتوقع أو في اتقان الحركة على أساس النضج الذي حدث للأطفال نتيجة قلة عدد جلسات التدخل الحركي، وهو ما اختلف مع نتائج دراسة (يولرتش وآخرون، 2001) والتي توصلت النتائج إلى أن المجموعة التي أجريت عليها التجارب تعلمت المشي مع بعض المساعدة والمشي بمفردهم في 8،73 يوماً و101 يوم أسرع من المجموعة الضابطة نسبياً، في حين أن نتائج دراسة (باليسانو، وآخرون، 2001) توصلت إلى أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يحتاجون وقتاً أطول لتعلم الحركات مثل الحركات المعقدة، في حين أظهرت نتائج دراسة (العبري : 2003) وجود فروق دالة إحصائياً في مظهر النمو العام بين أطفال متلازمة داون ونظرائهم من المتخلفين عقلياً، وأن هذه الفروق لصالح الأطفال المتخلفين عقلياً مما يدل على بطء النمو العام لدى أطفال متلازمة داون، كذلك وجود فروق دالة إحصائياً لصالح أطفال متلازمة داون في مظهري الاعتماد على النفس والنمو الشخصي والاجتماعي، إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين أطفال متلازمة داون ونظرائهم من المتخلفين عقلياً في مظهري الاستيعاب والمفاهيم وتفهم المواقف، وكذلك لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في جميع مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون، أما دراسة (إبراهيم : عبد الحميد، 2007) فكانت

نتائجها أنه توجد فروق فى استرجاع الكلمات المتشابهه وغير المتشابهة صوتياً حيث أن استرجاع الأولى أصعب من استرجاع الثانية بالنسبة لكلا العينتين. كما وجد أن الأطفال العاديين استرجعوا بصورة أفضل الكلمات المتشابهة وغير المتشابهة صوتيا من أفراد متلازمة داون، كما أن دراسة (بيرجلوند، وآخرون، 2001) بينت الدراسة أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون لديهم تأخر طفيف في المهارات العملية للنحو وحدث تقدم مبكر في النمو بطريقة منطقية، ويرجع ذلك للجهد الكبير للتدخل المبكر، كذلك فإن دراسة (كومبلين، 1999) كانت نتائجها الخاصة بمهمة التشابه الصوتى أنه قد وجد فروق فى استرجاع الكلمات المتشابهة وغير المتشابهة صوتياً حيث إن استرجاع الأولى أصعب من استرجاع الثانية بالنسبة لكلا العينتين. كما وجد أن الأطفال العاديين استرجعوا بصورة أفضل الكلمات المتشابهة وغير المتشابهة صوتياً من أفراد متلازمة داون، أما دراسة (سكولوف، 1992) فقد أظهرت النتائج أن الأطفال المعوقين عقلياً والمصابين بزملة داون لديهم قدرة أقل قليلاً من الأطفال العاديين في المحاكاة، ولكن طبيعة هذه الفروق كانت لها علاقة ارتباطية بمستوى اللغة ومصدر المحاكاة وأن هناك اختلافاً واضحاً في طبيعة المحاكاة بالنسبة لحاملي متلازمة داون، حيث تختلف هذه القدرة من طفل إلى آخر وكذلك قدرتهم على إعادة الكلام وتخزينها أطول، وأظهرت الدراسة أيضا ً بالنسبة لأطفال زملة داون قصر طول الجملة ومشكلات في الصورة وزيادة مستوى الرنين الأنفي لديهم بالمقارنة بالعاديين مع وجود مشكلات أيضاً في تحريك عضلات الشفاه واللسان وأجهزة إخراج الكلام أثناء الحديث، كذلك دراسة (هوشير، 1990)فقد أظهرت نتائجها أنه حينما تتقبل الأم الطفل وتتجاوب معه في الحديث كان له الأثر في تحسن الحالة المرضية وخاصة صعوبات النطق بالمقارنة بمجموعة العاديين وأن اضطرابات طول المقطع وطول الجمل تأثر بشكل كبير لدى المجموعات الثلاث وفقاً لتجاوب الأمهات مع أطفالهن، وأن المهارات اللغوية تتحسن بشكل ملحوظ لدى حاملي متلازمة داون من خلال أنشطة اللعب مع الأمهات حيث يتيح لهم فرص التعبير عن الذات وإن تخلل ذلك مشكلات في الصوت لديهن، أما دراسة (سميث وتتشنر، 1986) فقد أسفرت نتائجها إلى أن أمهات الأطفال المعوقين عقليا وغير مصابين بزملة داون كن أكثر تفاعلاً أطفالهن في مهارات التواصل الحسي والحركي وكن أكثر إثارة لغوية إذا حاولت الأمهات تهيئة المواقف التي تساعد الأطفال على التواصل اللفظي وتنمي مهارات اللغة وهو ما انعكس على أطفالهن في مهارات التواصل والحديث، أما بالنسبة للأمهات الأطفال المعوقين عقلياً والمصابين بزملة داون فقد أظهرن تفاعلاً ومشاركة أقل مع أطفالهن وقد لوحظ أيضاً وجود مشاعر الإحباط مما انعكس على التأخر اللغوي للأطفال ووجود قصور في النطق ومخارج الحروف واستخدام الأطفال للكلمة الواحدة في التعبير وقد فسرت النتائج من خلال

عدم تفاعل الأمهات مع الأطفال إلى جانب عدم توفير أو تهيئة البيئة التربوية المبكرة لهذه الفئة، كذلك أظهرت نتائج دراسة (أتكنسن وآخرين : 1995) أن أساليب التقرب والتجنب قد تم دراستها بصورة واسعة تحت مسميات مختلفة وأنها ثابتة عبر الزمن، وأن متغيرات التكيف المعرفي هذه ربما توسط الضغط النفسي لدى والدي الطفل المعاق بطرق معقدة، كما أشارت النتائج إلى أن الأمهات اللواتي لديهن ميول قوي في التحكم بتقرير الضغوطات لديهن ضغط عاطفي أكثر من الأمهات اللواتي تعتمد أسلوب التكيف بأقل حظر ومراقبة، وفي نفس الوقت بينت النتائج أن التجنب المعرفي للضغوط والضغط العاطفي يقللان من الحساسية السلوكية لدى الأم تجاه طفلها المعاق.

7- وقد استفاد الباحث من هذه الدراسات في صياغة فروض الدراسة وتحديد الأدوات المـــستخدمة والأخذ بالأساليب الإحصائية المناسبة وفي مناقشة نتائج الدراسة الحالية.

ثالثاً : التعليق على الدراسات التي تناولت أولياء أمور أمهات المعاقين:

تبين من خلال عرض الدراسات السابقة ما يلي:

1- تناولت بعض الدراسات أولياء أمور المعاقين مثل (منذر : 2006) و(عبدات : 2004) و(الشخصي والسرطاوي : 1998)، في حين تناولت دراسات أخري أمهات المعاقين مثل (كامل : 2006) و(بخش : 2002) و(شعيب : 1991)، كما تناولت دراسات كل من (أليس : 1994) و(طعيمة والبطش : 1984) و(كوندل : 1966) والدي المعاقين، أما الدرسات التي تناولت أسر المعاقين فهي (القمش : 1994) و(ديسيل : 1994) و(فاربر : 1959).

أما من حيث حجم العينات فقد تنوعت بين عينات متوسطة مثل (القمش : 1994 : ن = 220) و(أليس : 1994 : ن = 310) ودراسات أخرى أقل حجماً مثل (كوندل : 1966 : ن = 192)، وعينات صغيرة مثل (منذر : 2006 : ن = 104) و(عبدات : 2004 : ن = 83) و(بخش : 2002 : ن = 100) و(ديسيل : 1994 : ن = 53) و(شعيب : 1991 : ن = 65) وعينات صغيرة جداً مثل (كامل : 2006 : ن = 10) (فاربر : 1956 : ن = 24).

كما شملت أغلب الدراسات على عينة من الجنسين (ذكور وإناث) باستثناء دراسة (هارفام : 2005) و(كحيل : 2002) حيث اقتصرت دراستهما على الإناث، وكذلك دراسة (سمين : 1997) والتي أجريت على الذكور.

شملت دراسات (منذر : 2006) و(عبدات : 2004) و(الشخص والسرطاوي : 1998) و (أليس : 1994) و(طعيمة والبطش : 1984) و(كوندل : 1966) و(القمش : 1994) و(ديسيل : 1994) و(فاربر : 1959) عينات من كلا الجنسين من الذكور والإناث. في حين تناولت دراسات (كامل : 2006) و(بخش : 2002) و(شعيب : 1991) الإناث فقط.

2- تنوعت بيئة الدراسات على النحو التالي: (منذر : 2006) سوريا و(عبدات : 2004) الإمارات و(القمش : 1994) و(الشخص والسرطاوي : 1998) و(طعيمة والبطش : 1984) الأردن و(بخش : 2002) المملكة العربية السعودية و(شعيب : 1991) و(كامل : 2006) مصر، في حين أن دراسات كل من (أليس : 1994) (كوندل : 1966) وو (ديسيل : 1994) و(فاربر : 1959) أجريت في بيئات أجنبية.

3- استخدم كل من (منذر : 2006) و(عبدات : 2004) استبانة البيانات الديمغرافية واستبانة تحديد مستوى رضا أولياء الأمور، وقد قام كل باحث بإعداد مقاييسه الخاصة، أما(القمش : 1994) مقياس للتعرف على مستويات حدوث المشكلات ومقياس حول استراتيجيات الأهالي في التعامل مع المشكلات، في حين استخدم (الشخص والسرطاوي : 1998) بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين، كما استخدم (طعيمة والبطش : 1984) مقياس تيمشوك Tymchuk المعدل والمقنن على البيئة الأردنية (تقنين الباحث)، واستخدمت (بخش : 2002) مقاييس الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً ومقياس المساندة الاجتماعية، وقام (شعيب : 1991) باستخدام مقياس القلق الصريح (إعداد الباحث) ومقياس الاكتئاب (إعداد ماريا كوفاكس) ومقياس العصابية (مشتق من اختبار الشخصية لآيزنك)، أما (كامل : 2006) فقد استخدم مقاييس التوافق النفسي والإساءة للأطفال وبرنامج إرشادي، واكتفى (أليس : 1994) باستطلاع آراء الوالدين، في حين قام (كوندل : 1966) بتطبيق مقياس إدين Edin لرد فعل الوالدين نحو الإعاقة، كما طبق (ديسيل : 1994) القائمة المعدلة لتقدير الذات (إعداد كيلهر) واستبيان التواصل واختبار الذكاء لستانفورد، أما (فاربر : 1959) فقد استخدم المحاضرات الإرشادية للباحث.

4- تنوعت الدراسات التي تناولت أولياء أمور المعاقين وأمهاتهم وأسرهم في المتغيرات التي تدرس العلاقة معها، فالبعض درس العلاقة بين مستوى الرضا والاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة وبين المتغيرات الديمغرافية مثل (منذر : 2006) و(عبدات : 2004) و(طعيمة والبطش : 1984) والبعض درس فعالية برنامج إرشادي لتحسين التوافق مثل (كامل : 2006) و(فاربر : 1956) والبعض درس العلاقة بين الضغوط الأسرية والاحتياجات والمساندة الاجتماعية مثل (بخش : 2002)، أما دراسة (الشخص والسرطاوي : 1998) فقد تناولت متغيرات تحديد الاحتياجات لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن الإعاقة، كذلك قام (القمش : 1994) بتحديد المشكلات الشائعة للأطفال المعاقين والتعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها الأهالي في التعامل معها، أما (ديسيل : 1994) فقد تناول متغيرات تقدير الذات وأنماط التواصل الأسري، كما درس (أليس : 1994) العلاقة بين اتجاهات وعلاقتها بتحسين عمليات التفاعل مع الطفل الأصم، وقد حاول (شعيب : 1991) الكشف عن مشاعر القلق لأمهات المعاقين ومقارنتها بأمهات غير المعاقين، كما كشف (كوندل : 1966) عن الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة لأسر المعاقين ومقارنتها بالاتجاهات الوالدية لأسر غير المعاقين.

5- تنوعت الأساليب الإحصائية المستخدمة حيث شملت عدداً من الأساليب والمعادلات الإحصائية منها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية والتكرارت واختبارات للفروق بين المتوسطات وتحليل التباين الأحادي والثنائي واختبار التاء والانحدار المتعـــدد ومعامـــل الارتبـــاط بيرسون.

6- جاءت نتائج الدراسات التي تناولت أولياء أمور المعاقين وأمهاتهم وفقاً للمتغيرات التي درستها، فنجد أن نتائج دراسة (منذر : 2006) أشارت إلى أن أولياء الأمور راضون عموماً عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين في سوريا. ولم يكن هناك تأثير للمتغيرات (جنس ولي الأمر، ومدة التحاق الطفل بالمركز، والدخل الشهري للأسرة، والمستوى التعليمي لولي الأمر) على مدى رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين. لكن النتائج أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى الرضا تعزى لمتغير الفئة العمرية التي ينتمي إليها الطفل، وهو ما اتفق مع نتائج دراسة (عبدات : 2004) والتي أظهرت أن هناك مستوى مرتفعاً من رضا أولياء الأمور تجاه الخدمات المقدمة لأبنائهم في قسم الـــتأهيل المهني، جيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للأبعاد (2.67) أي ما نسبته 89 %، أما بالنسبة للأبعاد الفرعية لأداة الدراسة، فقد ظهرت أبعاد (الاستفادة من التدريب، التواصل بين الأسرة والقسم، ميل الطالب للمهنة، الخدمات العامة في القسم، مستوى التدريب، الأقساط المدرسية) بمستوى مرتفع، أما دراسة (كامل : 2006) فقد أسفرت نتائجهاعن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الأمهات قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادى، وذلك على مقياس التوافق النفسي، لصالح القياس البعدى، وهو ما اتفق مع دراسة (فاربر : 1959) والتي أشارت نتائجها إلى أن البرنامج له تأثير دال في تحسين التوافق لدى الوالدان، كما عبر الوالدين عن حاجاتهم إلى التفاعل مع آباء وأمهات أطفال معاقين عقلياً آخرين، وعن حاجاتهم إلى معلومات عن حالة أطفالهم، وحاجاتهم إلى الإرشاد، كما أظهرت مجموعة الأسر التجريبية تحسناً في المهارات الاجتماعية والتواصلية، وكانوا أكثر شعوراً بالأمان في ارتباطهم بالأسر، وأفضل توافقاً من أطفال مجموعة الأسر الضابطة.

كذلك جاءت نتائج دراسة (بخش : 2002) لتؤكد على وجود ترتيب للضغوط والاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية وفقاً لأهميتها النسبية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلى وجودعلاقة ارتباطية دالة بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن كل على حدة، وكذلك بين الاحتياجات الأسرية والمساندة

الاجتماعية لهن بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية، وبين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغوط، بينما لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية عند عزل الاحتياجات الأسرية، كما أن دراسة (الشخصي والسرطاوى : 1998) توصلت نتائجها إلى أن أولياء الأمور اتفقوا على ترتيب الاحتياجات حسب أهميتها، بحيث يأتي الدعم المادي أولا ويلي ذلك الاحتياجات المعرفية، ثم الدعم المجتمعي، وأخيراً الدعم الاجتماعي، وأن تلك الاحتياجات تتزايد بصورة عامة بارتفاع مستوى الضغط النفسي وبارتفاع مستوى مواجهة الضغط النفسي، كذلك كشفت دراسة (القمش : 1994) أن أكثر المشكلات شيوعاً لدى هؤلاء الأطفال، الحركة الزائدة، الانسحاب الاجتماعي، العدوان، إيذاء الذات، كما كشفت النتائج إلى أن أكثر الاستراتيجيات استخداماً مع الأطفال المعاقين عقلياً، هو العقاب الجسدي بالإضافة إلى استخدام الحرمان والعزل، والتنبيه، والتوبيخ اللفظي في حين أن نتائج دراسة (ديسيل : 1994) توصلت إلى وجود علاقة موجبة بين أساليب التواصل وتقدير الذات لدى المراهق ذوي الإعاقة السمعية، إذ تبين أن أبناء الآباء الذين يستخدمون أكثر من أسلوب (قراءة الشفاه، لغة الإشارة، التواصل الكلي) مع أبنائهم ذوي الإعاقة السمعية، كانوا أكثر تقديراً لذواتهم وتقبلاً للآخرين وذلك على عكس أبناء الآباء الذين يستخدمون مجرد وسيلة واحدة فقط مع أبنائهم المعاقين سمعياً فقد كانوا أقل تقديراً لذواتهم، وكلما كان الآباء أكثر معرفة بأساليب التواصل مع أبنائهم الصم أدى ذلك إلى شعور الأصم وضعيف السمع بأنه مقبول اجتماعياً، وأن هذه الإعاقة مجرد ضعف في إحدى الحواس، ويمكن التغلب عليها باستخدام وسائل معينة، أما دراسة (أليس : 1994) فقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأسلوب التقليدي للآباء والأمهات هو التزام السكوت والصمت عند قدوم الموظفين المتخصصين إلى المنزل دون أن يكون هناك أي نوع من التدخل أو إعطاء الآراء حول طبيعة أطفالهم وأنماط سلوكهم. لذا إن هذا الأسلوب كان له أثر في إقلال حالات التفاعل الأطفال الصم مع أفراد المجتمع وتهيئة الطفل للعزلة والانطواء، وقد جاءت نتائج دراسة (شعيب : 1991) بأن أمهات الأطفال المعاقين سمعياً، بصرياً، فكرياً، لديهم زيادة في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين وأنهن أكثر إحساساً بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات (العاديات)، وأن أمهات الأطفال المعوقين سمعياً، والمتخلفين عقليا لديهم ارتفاع في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين، كذلك أكدت نتائج (دراسة طعيمة والبطش : 1984) على أن لوجود طفل معوق أو عدمه تأثيراً ذا دلالة على الاتجاهات نحو الإعاقة لصالح الوالدين لأطفال معوقين مما يعكس اتجاهات أكثر إيجابية لديهم، وعلى عدم وجود فارق ذي دلالة من حيث مفاهيم كل من الوالدين لأطفال معوقين وغير معوقين حول الإعاقة العقلية، وأنه كلما زاد عمر الوالدين

ازدادت اتجاهاتهم الإيجابية نحو الإعاقة، أما المفاهيم فدلت النتائج على وجود فرق ذي دلالة ما بين مستويات العمر المختلفة على مقياس المفاهيم لصالح الوالدين من الأعمار الصغرى، كذلك أكدت على وجود أثر ذي دلالة للمستوى التعليمي للآباء والأمهات على الاتجاهات بينهما نحو الإعاقة لصالح الآباء من مستويات تعليمية عليا سواء كانوا آباء وأمهات لأطفال معوقين أو غير معوقين، كما دلت الدراسة على وجود فرق ذي دلالة إحصائية لصالح الأمهات بغض النظر عن المستوى التعليمي لهن أو وجود أو عدم وجود طفل معوق لديهن، وخلصت دراسة (كوندل : 1966) إلى ارتفاع مستوى الاتجاهات السالبة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بالمقارنة بأسر الأطفال غير المعاقين.

7- استفاد الباحث من هذه الدراسات في صياغة فروض الدراسة وتحديد الأدوات المستخدمة والأخذ بالأساليب الإحصائية المناسبة ومناقشة نتائج الدراسة الحالية.

رابعاً: علاقة الدراسات السابقة بالدراسة الحالية:-

حصل الباحث على دراسات سابقة ذات علاقة **بالدراسة الحالية والتي اتفقت مع الدراسات السابقة في العديد من الأمور منها:**

- تتناول الدراسة الحالية متغير الصحة النفسية وهو ما جعلها تتفق مع الدراسات السابقة التي تناولت الصحة النفسية نظراً للأهمية البالغة التي تمثلها.
- اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في اعتمادها المنهج الوصفي التحليلي في البحث العلمي.
- كما أن الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في استخدام عدد من الأساليب الإحصائية خاصة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" وتحليل التباين الأحادي ومعامل ارتباط بيرسون.

كما اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة من حيث:

- اهتمت الدراسة الحالية بدراسة مستوى الصحة النفسية لأمهات ذوي متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات في حين أن الدراسات التي درست الصحة النفسية تناولت عينات مختلفة ولم يتناول أحد دراسة أمهات ذوي متلازمة داون.
- الدراسة الحالية تمت في بيئة فلسطينية ولعلها أول دراسة تتناول هذه المتغيرات في البيئة الفلسطينية في حين أن معظم الدراسات حول متلازمة داون كانت في بيئات أخرى.
- تعتبر دراسة الباحث دراسة مجتمع حيث إنها شملت جميع أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون المستفيدين من خدمات جمعية الحق في الحياة في قطاع غزة، الأمر الذي لا ينطبق على معظم الدراسات السابقة والتي أجريت على عينات فقط.

فروض الدراسة:-

1. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية والتوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.
2. لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية والالتزام الديني لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى (جنس المعاق، درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة).
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى (وجود أكثر من معاق في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عدد الأبناء في الأسرة).
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى (عمر الأم عند الولادة، عمر الأم الحالي، مستوى تعليم الأم، عمل الأم).
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لمتابعة الخدمات التأهيلية في جمعية الحق في الحياة.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- **منهج الدراسة**
- **مجتمع الدراسة وعينتها**
- **أدوات الدراسة**
- **خطوات الدراسة**
- **الأساليب الإحصائية**

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

يتناول الباحث في هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي اتبعها في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية والطريقة، ومجتمع الدراسة الأصلي، واختيار العينة الكلية التي طبقت عليها الدراسة من أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، والعينة الأولية "الاستطلاعية" والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات والتأكد من صلاحيتها للتطبيق في البيئة الفلسطينية عامة وعلى مجتمع الدراسة من أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون خاصة، وفيما يلي وصفاً للعناصر السابقة:-

منهج الدراسة (Methodology):

استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي الذي يتناول دراسة الأحداث والظواهر والمتغيرات والممارسات كما هي بحيث تتفاعل معها بالوصف والتحليل دون التدخل فيها لأنه الأنسب لهذه الدراسة.

و يعرف "**الأغا**" المنهج الوصفي بأنه "يتناول دراسة أحداث وظواهر وممارسات قائمة موجودة متاحة للدراسة والقياس كما هي، دون تدخل الباحث في مجرياتها ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها.(الأغا، 1997 : 41)

مجتمع الدراسة وعينتها:

- **مجتمع الدراسة (Study Population):**

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، المسجلين ضمن قوائم المستفيدين من خدمات جمعية الحق في الحياة في قطاع غزة والبالغ عددهم (518) طفلاً، وبالتالي فإن مجتمع الدراسة يتكون من نفس العدد أي (518) أماً بحسب آخر إحصائيات جمعية الحق في الحياة (ملحق رقم 1).

- **العينة الاستطلاعية (Piloting Sample):**

قام الباحث بتطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية تتكون من 48 أماً من مجتمع الدراسة، بهدف التأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة، وقد قام الباحث باستبعاد أفراد العينة الاستطلاعية من مجتمع الدراسة عند التطبيق النهائي للدراسة.

- **العينة الرئيسية (Main Sample):**

عينة الدراسة الحالية هي مجتمع الدراسة، بمعنى أن الباحث استهدف كافة مفردات المجتمع عند تطبيق أدوات الدراسة، فبعد استبعاد أفراد العينة الاستطلاعية البالغ عددهم (48) فرداً من مجتمع الدراسة، أصبح المجتمع يتكون من (470) فرداً، وقد تم استبعاد (6) أفراد بسبب عدم استرداد الاستبيانات الخاصة بهم، كما قام الباحث باستبعاد (3) استمارات بسبب عدم اكتمال البيانات فيها، وبالتالي أصبحت عينة الدراسة تتكون من (461) فرداً، بنسبة تمثل (98.1%) من مجتمع الدراسة، والجدول التالي يوضح خصائص العينة في ضوء متغيرات الدراسة:

جدول (4.1)

الأعداد والأوزان النسبية لعينة الدراسة في ضوء متغيرات الدراسة

المتغير	مستويات المتغير	عدد الأمهات	النسبة المئوية
جنس الطفل	ذكر	255	55.3%
	أنثى	206	44.7%
درجة الإعاقة	بسيطة	166	36.0%
	متوسطة	261	56.6%
	شديدة	34	7.4%
ترتيب الطفل	الأول–الثالث	115	24.9%
	الرابع–السابع	160	34.7%
	الثامن فما فوق	186	40.3%

المتغير	مستويات المتغير	عدد الأمهات	النسبة المئوية
عدد المعاقين	معاق واحد	425	92.2%
	معاقان اثنان	23	5.0%
	ثلاثة معاقين فأكثر	13	2.8%
المستوى الاقتصادي	ضعيف	187	40.6%
	متوسطة	235	51.0%
	جيد	39	8.5%
صلة القرابة	يوجد قرابة	230	49.9%
	لا يوجد قرابة	231	50.1%
عدد الأبناء	واحد – ثلاثة	61	13.2%
	أربعة – سبعة	186	40.3%
	أكثر من 7	214	46.4%
عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق	أقل من 20	46	10.0%
	من 20–40	348	75.5%
	أكثر من 40	67	14.5%
عمر الأم الحالي	أقل من 20	42	9.1%
	من 20–40	138	29.9%
	أكثر من 40	281	61.0%
تعليم الأم	ابتدائي أو إعدادي	235	51.0%
	ثانوي أو دبلوم	194	42.1%
	جامعي فأكثر	32	6.9%

المتغير	مستويات المتغير	عدد الأمهات	النسبة المئوية
عمل الأم	لا تعمل	405	87.9%
	تعمل	56	12.1%
مدة الالتحاق	أقل من عام	99	21.5%
	من 1-2 عام	89	19.3%
	أكثر من عامين	273	59.2%
إجمالي العينة		461	100%

أدوات الدراسة :

استخدم الباحث في هذه الدراسة ثلاث أدوات لتحقيق أهداف الدراسة وهي:

أولاً: استبانة الصحة النفسية لأمهات ذوي متلازمة داون (إعداد الباحث)

1- وصف الاستبانة:

قام الباحث بإعداد استبانة الصحة النفسية لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون وذلك للتعرف على مستوى الصحة النفسية لديهن وعلاقتها ببعض المتغيرات.

و قد تكونة الاستبانة في صورتها النهائية من (72) فقرة (ملحق رقم 6) وهي موزعة على خمسة أبعاد وهي: (البعد الروحي، البعد الاجتماعي، البعد الجسماني، البعد النفسي، البعد العقلي).

وقد اشتملت الاستبانة على عدد من الأسئلة الديمغرافية تضم جنس الطفل المعاق وتاريخ ميلاده ودرجة إعاقته وترتيبه في الأسرة وعدد المعاقين في الأسرة، كما واشتملت على المستوى الاقتصادي للأسرة وصلة القرابة بين الزوجين وعدد الأبناء في الأسرة وعمر الأم عند ولادة الطفل المعاق وعمرها الحالي وطبيعة عملها بالإضافة لمستوى الأم التعليمي ومدة التحاق الطفل بخدمات التأهيل. وقد تكونت الاستمارة من (14) سؤالاً تعكس البيانات الديمغرافية ذات العلاقة بفرضيات الدراسة (ملحق رقم 7).

خطوات بناء الاستبانة

بعد اطلاع الباحث على الأدب النفسي والتربوي والإطلاع على العديد من الاستبانات والمقاييس في مجال الصحة النفسية والدراسات السابقة ذات العلاقة قام الباحث بوضع بنود استبانة الصحة النفسية لأمهات ذوي متلازمة داون في صورتها الأولى وهي مقسمة إلى خمسة أبعاد هي (البعد الروحي، البعد الاجتماعي، البعد الجسماني، البعد النفسي، البعد العقلي) وتكون المقياس من (80) فقرة منها ما هو سلبي وبعضها الآخر إيجابي (ملحق رقم 4).

و بعد عرض الاستبانة على أحد عشر محكماً من الأكاديميين المختصين في ميدان علم النفس والصحة النفسية بجامعات قطاع غزة (ملحق رقم 2)، الذين قاموا بوضع تعديلات على الاستبانة لتصبح فقراتها (78) فقرة في صورتها الثانية (ملحق رقم 5) وبعد تطبيق الاستبانة على العينة الاستطلاعية والتي تكونة من (48) أماً لحساب الصدق والثبات تم حذف بعض الفقرات وأصبحت فقرات الاستبانة (72) فقرة في صورتها النهائية (ملحق رقم 6) وتم تطبيقها على العينة الفعلية.

مكونات الاستبانة:

تكونت استبانة الصحة النفسية في صورتها النهائية من خمسة أبعاد وهي:

البعد الروحي: ويعني صلة العبد بربه والتي يحفظ بها سموه وكماله واستقامته، وتتضمن : الإيمان بالله، والقبول بقضائه وقدره، وأداء العبادات مع الإحساس الدائم بالقرب من الله (الفقرات:1-14).

البعد الاجتماعي: ويتمثل هذا الجانب بالعلاقات الاجتماعية للشخص في الأسرة والمجتمع والآخرين من حوله، ومدى التزامه بالمعايير والاتجاهات الاجتماعية التي تحكم مجتمعه بما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية السمحة (الفقرات:15-30).

البعد الجسماني: ويعني سلامة الجسم من الأمراض وهذا يعني وقاية الفرد لنفسه باتباع العادات الغذائية الجيدة، وممارسة الرياضات والنشاط واشباع الحاجات الجسمانية الفطرية باعتدال (الفقرات:31-42).

البعد العقلي: ويعني الذكاء العام والقدرات الخاصة والعمليات العقلية كالإدراك والحفظ والتذكر والتخيل والتفكير والواقعية (الفقرات:43-55).

البعـــــد النفــسي: ويتضـــمن أســـاليب النشـــاط المتعلقة بالانفعالات المختلفة مثل : الحب والكره والخوف والغضب، والبهجة والسرور والسعادة والرضا والطمأنينة والأمـــل والتفـــاؤل والاتـــزان (الفقرات:56-72).

تصحيح الاستبانة:

استخدم الباحث مقياساً ثلاثي البدائل حيث تم تقييم أمهات أطفال ذوي متلازمة داون على عبارات المقياس تعطى الدرجات (3، 2، 1) للبدائل (غالباً، أحياناً، نادراً) على الترتيب في حال كانت العبارات إيجابية، بينما تعطى الدرجات (1، 2، 3) على الترتيب في حال العبارات السالبة حيث مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد المعاق في الاستبانة الدرجة الكلية وتصبح الدرجة العظمى (216) والدرجة الدنيا (72).

2- صدق الاستبانة(Scale Validity):

يعرف "**عبيدات**" صدق المقياس بأنه " قدرته على قياس ما وضع لقياسه".

(عبيدات، 1988 : 15)

تم حساب معاملات الصدق للاستبانة بعد تجريبها على عينة استطلاعية تكونـــت مـــن 48 فردا، ومن ثَّم إجراء المعالجات الإحصائية اللازمة وهي على النحو التالي:-

استخدم الباحث الطرق التالية للتأكد من صدق الاستبانة :

أ) **صدق المحكمين:** (Trusties Validity)

تم عرض استبانة الصحة النفسية لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون والمعد من قبل الباحث في نسخته الأولى على لجنة تحكيم من ذوي الخبرة من الأكاديميين بلغ عـــددهم (11) محكمـــاً (ملحق رقم 2) حيث تم الأخذ بالتعديلات والتغيرات التي تم تسجيلها.

ب) **صدق الاتساق الداخلي** (Internal Consistency Validity) :

يعرف "**أبو لبدة**" صدق الاتساق الداخلي بأنه "التجانس في أداء الفرد من فقرة لأخـــرى، أي اشتراك جميع فقرات الأداة في قياس خاصية معينة في الفرد". (أبو لبدة، 1982 : 72)

و قد تم إيجاد صدق الاتساق الداخلي للاستبانة عن طريق حساب معامل الارتباط بين كـــل فقرة من فقرات مجالات الاستبانة مع المجال والدرجة الكلية للاستبانة، كما تم حـــساب معـــاملات ارتباط المجالات بالدرجة الكلية للاستبانة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (4.2)

صدق الاتساق الداخلي لاستبانة الصحة النفسية

البعد	**رقم الفقرة**	**معامل ارتباط الفقرة بالمجال**	**معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة**	**رقم الفقرة**	**معامل ارتباط الفقرة بالمجال**	**معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة**
البعد الروحي	1	0.339**	0.731**	8	0.344*	0.732**
	2	0.571**	0.614**	9	0.479**	0.678**
	3	0.696**	0.605**	10	0.781**	0.505**
	4	0.725**	0.769**	11	0.595**	0.719**
	5	0.714**	0.577**	12	0.492**	0.406**
	6	0.339*	0.644**	13	0.441**	0.611**
	7	0.779**	0.447**	14	0.740**	0.582**
البعد الاجتماعي	15	0.453**	0.867**	23	0.375**	0.423**
	16	0.350*	0.291*	24	0.513**	0.761**
	17	0.701**	0.472**	25	0.813**	0.650**
	18	0.414**	0.582**	26	0.587**	0.460**
	19	0.446**	0.420**	27	0.371*	0.592**
	20	0.349*	0.524**	28	0.364*	0.572**
	21	0.556**	0.510**	29	0.836**	0.329*
	22	0.654**	0.436**	30	0.634**	0.737**

البعد	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة
البعد الجسماني	31	0.522**	0.868**	37	0.588**	0.831**
	32	0.874**	0.729**	38	0.579**	0.387**
	33	0.323*	0.789**	39	0.785**	0.457**
	34	0.553**	0.561**	40	0.636**	0.694**
	35	0.668**	0.827**	41	0.704**	0.484**
	36	0.860**	0.703**	42	0.748**	0.559**
البعد العقلي	43	0.457**	0.550**	50	0.383**	0.813**
	44	0.758**	0.659**	51	0.801**	0.646**
	45	0.300*	0.854**	52	0.347*	0.628**
	46	0.293*	0.866**	53	0.534**	0.754**
	47	0.347*	0.635**	54	0.872**	0.650**
	48	0.634**	0.616**	55	0.494**	0.427**
	49	0.644**	0.559**			
البعد النفسي	56	0.498**	0.450**	65	0.650**	0.616**
	57	0.297*	0.519**	66	0.409**	0.291*
	58	0.818**	0.553**	67	0.861**	0.428**
	59	0.306*	0.474**	68	0.790**	0.533**
	60	0.623**	0.745**	69	0.661**	0.350*
	61	0.519**	0.524**	70	0.857**	0.752**
	62	0.830**	0.363*	71	0.649**	0.818**
	63	0.832**	0.432**	72	0.440**	0.827**
	64	0.492**	0.467**			

*** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.05 (القيمة الحرجة لمعامل الارتباط r=0.288)**

**** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.01 (القيمة الحرجة لمعامل الارتباط r=0.372)**

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.05 أو 0.01) وهذا يدل على أن الاستبانة بصفة عامة على درجة عالية من الاتساق الداخلي.

كما قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين أبعاد الاستبانة مع الاستبانة ككل والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (4.3)

معاملات ارتباط مجالات استبانة الصحة النفسية بالدرجة الكلية للمقياس

م	البُعد	معامل الارتباط
1	**البعد الروحي**	0.799**
2	**البعد الاجتماعي**	0.824**
3	**البعد الجسماني**	0.679**
4	**البعد العقلي**	0.836**
5	**البعد النفسي**	0.736**

**** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.01 (القيمة الحرجة لمعامل الارتباط r=0.372)**

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط بين أبعاد الاستبانة والاستبانة ككل دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 مما يؤكد على صدق الاتساق الداخلي للاستبانة.

ج) صدق المقارنة الطرفية:(Discriminate Validity)

تم حساب صدق المقارنة الطرفية للاستبانة عن طريق إيجاد الفروق في الأداء على الاستبانة لكـــل من المجموعة العليا(أعلى 27% من مجموع استجابات أفراد العينة الاســـتطلاعية) والمجموعـــة الدنيا(أدنى 273% من مجموع استجابات أفراد العينة الاستطلاعية) والتي يتكون كل منهما مـــن 13 فرداً، وقد تم استخدام اختبار Mann-Whitiny لعينتين مستقلتين في المقارنة بين المجموعتين نظراً لصغر حجميهما، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (4.4)

صدق المقارنة الطرفية لاستبانة الصحة النفسية

البعد	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	الدلالة الإحصائية
الروحي	**دنيا**	10.23	133.0	42	*2.336	دالة عند 0.05
	عليا	16.77	218.0			
الاجتماعي	**دنيا**	7.54	98.0	7	**4.013	دالة عند 0.01
	عليا	19.46	253.0			
الجسماني	**دنيا**	10.08	131.0	40	*2.351	دالة عند 0.05
	عليا	16.92	220.0			
العقلي	**دنيا**	8.50	110.5	19.5	**3.392	دالة عند 0.01
	عليا	18.50	240.5			
النفسي	**دنيا**	9.31	121.0	30	**2.829	دالة عند 0.01
	عليا	17.69	230.0			
الاستبيان ككل	**دنيا**	7.00	91.0	0	**4.377	دالة عند 0.01
	عليا	20.00	260.0			

(*) قيمة Z دالة عند 0.05 (القيمة الحرجة لــ Z = 1.96)

(**) قيمة Z دالة عند 0.01 (القيمة الحرجة لــ Z = 2.576)

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم Z دالة إحصائية مما يدلل على أن الاستبانة تتمتع بصدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي).

3- ثبات الاستبانة (Scale Reliability):

المقصود بالثبات " إعطاء المقياس للنتائج نفسها تقريباً في كل مرة يطبق فيها على المجموعة نفسها من الأفراد " (أبو لبدة، 1982 : 261)

و قد تم حساب معامل ثبات الاستبانة بطريقتين هما :

طريقة ألفا كرونباخ (Cronbach Method) :

معادلة كرونباخ (Cronbach) والتي يشار إليها عادة بمعادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، أو اختصاراً بمعامل ألفا (Alpha Coefficient)، وتأخذ هذه المعادلة الصيغة:

$$\alpha = \left[\frac{ن}{ن - 1}\right]\left[1 - \frac{مجـ\ ع^2 ف}{ع^2 س}\right]$$ (عودة، 2002 : 355)

حيث إن :

α = معامل ألفا .

ن = عدد فقرات الاستبانة .

ع2 ف = تباين الاستجابات على كل فقرة في الاستبانة .

ع2 س = تباين الاستجابات على الاستبانة ككل .

مجــ ع2 ف = مجموع التباينات لعدد ن من الفقرات .

2- طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method) :

اعتمدت هذه الطريقة على تجزئة المقياس ومجالاته إلى جزأين، يحتوي كل منهما نفس عـدد الفقرات أو يزيد أحدهما بفقرة عن الآخر تبعاً لعدد الفقرات في المجال، وتم إيجاد معامل الارتبـاط بين الجزأين، ومن ثم تم إجراء تصحيح وتعديل إحصائي لمعامل الارتباط المحسوب وذلك بواسطة معادلة سبيرمان ــ براون التنبؤية (Spearman – Brown Prophecy Formula) والتي تأخذ الصيغة: (أبو حطب وصادق، 1980 : 14)

Reliability = 2 R / (1 + R)

حيث إن :

R = القيمة المحسوبة لمعامل الارتباط بين الدرجات على الجزأيين.

و الجدول التالي يوضح معاملات الثبات للاستبانة ومجالاتها بكلا الطريقتين:

جدول رقم (4.5)

معاملات الثبات لاستبانة الصحة النفسية ومجالاتها باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

البعد	قيمة معامل الثبات	
	طريقة ألفا	طريقة التجزئة النصفية
الروحي	0.769	0.847
الاجتماعي	0.876	0.821
الجسماني	0.854	0.809
العقلي	0.813	0.785
النفسي	0.885	0.857
المقياس ككل	0.907	0.889

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للاستبانة ومجالاتها مرتفعة مما يؤكد على ثباتها وصلاحيتها للاستخدام.

ثانياً : استبانة التوافق الزواجي (اللدعة، 2002)

1- وصف الاستبانة:

قامت الباحثة "**إيمان اللدعة**" بإعداد مقياس التوافق الزواجي وذلك للتعرف على العلاقة بين التوافق الزواجي وبعض سمات الشخصية لمعلمي ومعلمات القطاع الحكومي في محافظة غزة.

و قد تكون المقياس في صورته النهائية من (56) فقرة (ملحق رقم 8) وقد تم تسمية الأبعاد بالشكل التالي:

العامل الأول سمي بالاستقرار الزواجي ويعني عمل كل من الزوجين جهده للحفاظ على الحياة الزوجية، بأن يعطي كلاهما لحياته الزوجية جزءاً من تفكيره، وجزءاً من وقته، وتفهم كل منهما الآخر، وتفاعله معه تفاعلاً إيجابياً.

العامل الثاني سمي بالمعاملة الإنسانية وتعني الاحترام المتبادل بين الزوجين للرأي والمشاعر واتسام التعامل بينهما بالمودة والرحمة والإيثار.

العامل الثالث سمي بالنضج الانفعالي والعاطفي وهو التعبير بموضوعية وتوازن عن المشاعر والانفعالات كل زوج نحو الآخر والوضوح والصراحة بين الزوجين.

العامل الرابع سمي بالرضا والسعادة الزوجية وهو شعور كلا الطرفين بالرضا والسعادة الزوجية نتيجة تفاعلهما معاً ، والإشباع المتبادل للحاجات العاطفية الزوجية.

العامل الخامس سمي بالعلاقات الشخصية وهي التعامل بين الزوجين وقدرة كل منهما على استيعاب الآخر وتفهم كل منهما للآخر.

العامل السادس سمي بتحمل المسئولية والتي تعني الانتماء للأسرة التي تجمع بين الزوجين ومن ثم العمل على تحمل تبعات أي عمل يقوم به كلا الزوجين تجاه الآخر وتجاه أسرته.

العامل السابع سمي بالتعامل مع الآباء والأبناء وهو القدرة على التعامل الإيجابي مع الآباء من جهة والأبناء من جهة أخرى والاتفاق بين الزوجين حول أسس هذا التعامل ومراعاة الآداب الإسلامية.

العامل الثامن سمي بتدخل الآخرين وهو قدرة الزوجين على الاستفادة من خبرات الآخرين دون إقحامهم في الخاص من أمور الزوجين.

العامل السابع سمي بالخلافات الزوجية وهو قدرة كل من الزوجين على التعامل مع مشكلات الحياة بحكمة وترو دون تشنج وحل ما يطرأ من هذه المشكلات أولاً بأول قبل أن تستفحل وتستعصي على الحل.

تصحيح الاستبانة:

قامت الباحثة "إيمان اللدعة" باستخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات أفراد العينة على فقرات الاستبانة وهي بالشكل التالي : (5) دائماً ، (4) غالباً ، (2) نادراً، (1) لا أبداً.

2− صدق الاستبانة(Scale Validity):

قامت الباحثة "**اللدعة**" بإيجاد الصدق والثبات لاستبانة التوافق الزواجي فكانت قيمة معامل الارتباط بين فقرات الاستبانة مرتفعة (0.35)، وكانت درجة الثبات لمعامل الارتباط سبيرمان للتجزئة النصفية (0.85) وحسب معامل ألفا (0.93)، وهي قيم دالة إحصائياً.

و قد أراد الباحث إعادة إيجاد صدق وثبات الاستبانة بسبب اختلاف العينة، حيث إن الباحثة "اللدعة" تناولت فئة معلمي ومعلمات القطاع الحكومي، وكذلك بسبب مضي ثماني سنوات على دراستها.

تم حساب معاملات الصدق لاستبانة التوافق الزواجي بعد تجريبها على العينة الاستطلاعية للدراسة، ومن ثَّم إجراء المعالجات الإحصائية اللازمة، وقد استخدم الباحث الطرق التالية للتأكد من صدق الاستبانة :

صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity) :

و قد تم إيجاد صدق الاتساق الداخلي للاستبانة عن طريق حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للاستبانة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (4.6)

صدق الاتساق الداخلي لاستبانة التوافق الزواجي

رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة
1	0.660**	0.419**	29	0.627**	0.635**
2	0.866**	0.459**	30	0.795**	0.521**
3	0.472**	0.362*	31	0.458**	0.352*
4	0.363*	0.682**	32	0.704**	0.516**
5	0.314*	0.302*	33	0.352*	0.552**
6	0.303*	0.688**	34	0.864**	0.776**
7	0.701**	0.391**	35	0.832**	0.746**
8	0.837**	0.355*	36	0.474**	0.427**
9	0.621**	0.410**	37	0.852**	0.647**
10	0.436**	0.741**	38	0.455**	0.838**
11	0.692**	0.524**	39	0.408**	0.359*
12	0.340*	0.470**	40	0.640**	0.616**
13	0.676**	0.422**	41	0.685**	0.512**
14	0.871**	0.865**	42	0.323*	0.649**
15	0.731**	0.528**	43	0.459**	0.857**

رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة
16	0.849**	0.474**	44	0.493**	0.457**
17	0.618**	0.855**	45	0.785**	0.755**
18	0.526**	0.454**	46	0.845**	0.408**
19	0.555**	0.444**	47	0.800**	0.466**
20	0.784**	0.677**	48	0.678**	0.762**
21	0.422**	0.789**	49	0.844**	0.759**
22	0.842**	0.342*	50	0.451**	0.825**
23	0.604**	0.304*	51	0.802**	0.420**
24	0.565**	0.751**	52	0.667**	0.451**
25	0.735**	0.477**	53	0.437**	0.614**
26	0.683**	0.662**	54	0.843**	0.377**
27	0.838**	0.469**	55	0.412**	0.549**
28	0.508**	0.674**	56	0.702**	0.351*

*** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.05 (القيمة الحرجة لمعامل الارتباط r=0.288)**

**** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.01 (القيمة الحرجة لمعامل الارتباط r=0.372)**

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.05 أو 0.01) وهذا يؤكد على أن استبانة التوافق الزواجي يتمتع بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي.

3- ثبات الاستبانة (Scale Reliability):

و قد تم حساب معامل ثبات استبانة التوافق الزواجي بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئـــة النـــصفية، والجدول التالي يوضح معاملات الثبات للاستبانة بكلا الطريقتين:

جدول رقم (4.7)

معاملات الثبات لاستبانة التوافق الزواجي باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

الاستبانة	قيمة معامل الثبات	
	طريقة ألفا	طريقة التجزئة النصفية
التوافق الزواجي	0.935	0.916

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات للاستبانة مرتفعة جداً مما يؤكد على ثباته وصلاحيته للاستخدام.

ثالثاً : استبانة التدين (موسى، 2008)

1- وصف الاستبانة:

قامت الباحثة "**سمية موسى**" بإعداد استبانة التدين وذلك للتعرف على مستوى التدين لدى المعاقين بصرياً والمعاقين حركياً والتعرف على مدى علاقة التدين بالتوافق الزواجي لدى المعاقين وقد تكونت الاستبانة في صورتها النهائية من (33) فقرة (ملحق رقم 9) وقد وزعت الباحثة الاستبانة على ثلاثة أبعاد وهي:

البعد الأول : البعد المعرفي الإدراكي (معتقدات ومعارف دينية)

البعد الثاني : البعد الوجداني العاطفي (المشاعر الدينية– التقوى والتوكل على الله)

البعد الثالث : البعد السلوكي الأدائي (سلوكيات وتصرفات دينية)

مكونات الاستبانة:

تكونت استبانة الدراسة من ثلاثة أبعاد

البعد الأول :البعد المعرفي الإدراكي (معتقدات ومعارف دينية)

ويعني الإيمان بالله وذكره، والإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره واليوم الآخر وعذاب القبر والحساب في الفقرة (1–4).

البعد الثاني : البعد الوجداني العاطفي (المشاعر الدينية– التقوى والتوكل على الله)

وتعنى المشاعر الدينية تجاه الأفراد المسلمين والتقوى والورع من الله عز وجل والتوكل عليه في كل الأمور التي نقوم بها، في الفقرة (5–19).

البعد الثالث : البعد السلوكي الأدائي (سلوكيات وتصرفات دينية)

ويعني التصرفات والسلوكيات الدينية التي تصدر من الفرد المسلم والالتزام ببعض السلوكيات والأفعال الدينية المرغوب بها وبذل المال في سبيل الله، في الفقرة (19–33).

تصحيح الاستبانة:

استخدمت الباحثة مقياسا ثلاثي الأبعاد حيث تم تقييم المعاقين على عبارات المقياس تعطى الدرجات (1، 2، 3،) للبدائل (نعم، أحيانا، لا) على الترتيب في حال كانت العبارات إيجابية، بينما تعطى الدرجات(1، 2، 3) على الترتيب في حال العبارات السالبة حيث مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد المعاق في الاستبانة هي الدرجة الكلية وتصبح الدرجة العظمى (99) والدرجة الدنيا (33).

2- صدق الاستبانة : (Scale Validity):

قامت الباحثة "**موسى**" بإيجاد الصدق والثبات لاستبانة التدين فكانت القيمة الحرجة لمعامل الارتباط بين فقرات الاستبانة مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 ، وكانت درجة الثبات للاستبانة حسب معامل ألفا (0.833) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 ، وتبين أن معامل الارتباط سبيرمان للاستبانة(0. 864) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 أيضاً.

و قد أراد الباحث إعادة إيجاد صدق وثبات الاستبانة بسبب اختلاف العينة، حيث إن الباحثة "موسى" تناولت فئة الأزواج المعاقين أنفسهم.

تم حساب معاملات الصدق لاستبانة التدين بعد تجريبه على العينة الاستطلاعية للدراسة، ومن ثَّـم إجراء المعالجات الإحصائية اللازمة، وقد استخدم الباحث الطرق التالية للتأكد من صدق الاستبانة:

صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity) :

و قد تم إيجاد صدق الاتساق الداخلي للاستبانة عن طريق حساب معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للاستبانة، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (4.8)

صدق الاتساق الداخلي لاستبانة التدين

البعد	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة	رقم الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالمجال	معامل ارتباط الفقرة بالاستبانة
المعرفي الإدراكي	1	0.554**	0.639**	3	0.423**	0.486**
	2	0.293*	0.440**	4	0.776**	0.358*
الوجداني العاطفي	5	0.680**	0.758**	13	0.454**	0.645**
	6	0.832**	0.313*	14	0.543**	0.846**
	7	0.294*	0.858**	15	0.548**	0.557**
	8	0.546**	0.334*	16	0.778**	0.460**
	9	0.575**	0.537**	17	0.373**	0.745**
	10	0.640**	0.494**	18	0.827**	0.709**
	11	0.643**	0.290*	19	0.552**	0.372**
	12	0.605**	0.642**			
السلوكي الأدائي	20	0.602**	0.299*	27	0.484**	0.699**
	21	0.609**	0.702**	28	0.778**	0.759**
	22	0.383**	0.841**	29	0.635**	0.554**
	23	0.646**	0.618**	30	0.431**	0.682**
	24	0.682**	0.843**	31	0.734**	0.339*
	25	0.827**	0.629**	32	0.594**	0.424**
	26	0.296*	0.573**	33	0.353*	0.405**

*** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.05 (القيمة الحرجة لمعامل الارتباط r=0.288)**

**** معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى 0.01 (القيمة الحرجة لمعامل الارتباط r=0.372)**

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.05 أو 0.01) وهذا يدل على أن الاستبانة بصفة عامة على درجة عالية من الاتساق الداخلي.

3- ثبات الاستبانة (Scale Reliability):

و قد تم حساب معامل ثبات الاستبانة بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية الموضحتين أعــلاه، والجدول التالي يوضح معاملات الثبات للاستبانة ومجالاتها بكلا الطريقتين:

جدول رقم (4.9)

معاملات الثبات لاستبانة التدين باستخدام طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

البعد	قيمة معامل الثبات	
	طريقة ألفا	طريقة التجزئة النصفية
المعرفي الإدراكي	0.883	0.851
الوجداني العاطفي	0.781	0.761
السلوكي الأدائي	0.809	0.782
استبانة التدين ككل	0.913	0.897

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات للاستبانة مرتفعة جداً مما يؤكد علـــى ثباتهـــا وصلاحيتها للاستخدام.

خطوات الدراسة:

قام الباحث بالخطوات والإجراءات التطبيقية التالية:

1. الاطلاع على درسات سابقة والأدب التربوي لاختيار أدوات الدراسة.
2. إعداد أداة لقياس الصحة النفسية لتطبيقها على عينة الدراسة.
3. الاستعانة باستبانة التوافق الزواجي للباحثة إيمان اللدعة كأداة لتطبيقها على عينة الدراسة.
4. الاستعانة باستبانة التدين للباحثة سمية موسى كأداة لتطبيقها على عينة الدراسة.
5. توجيه خطاب رسمي من السيد عميد الدراسات العليا إلى من يهمه الأمر لتسهيل مهمة الباحث وكتاب رسمي لجمعية الحق في الحياة في قطاع غزة الخاصة بالمعاقين ذوي متلازمة داون للسماح للباحث بتوزيع أدوات الدراسة على العينة لديهم.
6. التأكد من مدى ملاءمة أدوات الدراسة للتطبيق وإيجاد الصدق والثبات لها من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية مكونة من (48) أماً.
7. تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة والتي بلغ عددها (461) أماً خلال شهر يناير 2010م.
8. التأكيد على الأمهات بأن هذه الاستبانات هدفها البحث العلمي فقط وتعريفهم بكيفية الإجابة عليها وبدائلها وفي بعض الأحيان يتم شرح الأدوات بشكل تفصيلي وبصورة مبسطة جدا لهم ليقوموا بتعبئتها ولقد لمس الباحث تجاوباً كبيراً من أمهات أطفال ذوي متلازمة داون.
9. جمع الأدوات والتي استمر توزيعها لمدة شهر، لأن عينة الدراسة تناولت مجتمع الدراسة ككل والموزع على جميع أنحاء قطاع غزة.
10. قام الباحث بتفريغ النتائج التي تم الحصول عليها على الحاسوب من خلال برنامج التحليل الاحصائي (SPSS)، ووضع رقم خاص على كل استبانة واستبعاد أي استبانة غير صالحة.
11. تم معالجة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لكل تساؤل وفرضياته.
12. قام الباحث بتحليل وتفسير النتائج التي تم التوصل إليها.
13. قام الباحث وفي ضوء نتائج الدراسة بوضع التوصيات والمقترحات.
14. تلخيص الدراسة في عدة صفحات لتسهيل الاطلاع على محتواها.
15. ترجمة التلخيص إلى اللغة الإنجليزية ليتم الاستفادة من الدراسة على نطاق واسع.

الأساليب الإحصائية:

الأساليب الإحصائية:

قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1- لحساب الصدق والثبات لأداة الدراسة، قام الباحث باستخدام معاملات الارتباط لبيرسون Person Correlation Coefficient، ومعادلة ألفا كرونباخ.

2- للإجابة عن أسئلة الدراسة والفرضيات المتعلقة بها استخدم الباحث ما يلي:

- اختبار ت لعينتين مستقلتين وغير متساويتين. Unequal Independent Samples T - Test
- تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA ، ومن ثم تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة Scheffe Post Hoc Test For Multiple Comparisons.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

- عرض نتائج الدراسة وتفسيرها
- توصيات الدراسة
- مقترحات الدراسة

نتائج الدراسة وتفسيرها

أولاً : نتائج الدراسة وتفسيرها

يعرض هذا الفصل أهم النتائج التي تم التوصل إليها بناء على المعالجات الإحصائية التي أجريت على ما تم جمعه وتحليله من بيانات من خلال أدوات الدراسة.

وقد جاءت الدراسة الحالية بهدف دراسة مستوى الصحة النفسية لأمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقاتها ببعض المتغيرات، وكذلك ترتيب أبعاد الصحة النفسية، كما تم دراسة هذا المستوى في ضوء مجموعة من المتغيرات هي:

1. التوافق الزواجي
2. الالتزام الديني للأم
3. جنس الطفل المعاق
4. درجة الإعاقة
5. ترتيب الطفل المعاق في الأسرة
6. عدد المعاقين في الأسرة
7. المستوى الاقتصادي للأسرة
8. صلة القرابة بين الزوجين
9. عدد الأبناء في الأسرة
10. عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق
11. عمر الأم الحالي
12. المستوى التعليمي للأم
13. عمل الأم
14. مدة الالتحاق بخدمات التأهيل

وسيقوم الباحث في هذا الفصل بعرض وتفسير النتائج التي توصل إليها بعد تطبيـــق أدوات الدراسة :

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول:

نص سؤال الدراسة الأول على ما يلي:

ما مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟

وقام الباحث بالإجابة عن هذا السؤال من خلال تحليل نتائج استبيان مستوى الصحة النفسية بعد تطبيقه على عينة الدراسة، حيث قام بحساب المتوسطات والتكرارات والأوزان النسبية لكل بعد من أبعاد الاستبيان، ولكل فقرة من فقرات الاستبيان، والجداول التالية توضح ذلك:

أولاً: البعد الروحي:

جدول (5.1)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لفقرات البعد الروحي

م	الفقرة	الاستجابات (%)			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		نادراً	أحياناً	غالباً				
1	أكثر من ذكر الله كلما تذكرت إعاقة ولدي	0.2%	8.9%	90.9%	2.91	0.30	97.0%	5
2	أشعر بالرضا عما قدره الله لطفلي المعاق	0.7%	12.8%	86.6%	2.86	0.37	95.3%	8
3	أحرص على الصيام ما لم يكن هناك محظور شرعي	7.8%	28.9%	63.3%	2.56	0.64	85.3%	14
4	طفلي المعاق جعلني أقرب إلى الضعفاء والمرضى	6.5%	15.4%	78.1%	2.72	0.58	90.7%	11
5	إيماني بالله الواحد يجعلني أقوى في مواجهة مصيبتي	0.4%	7.4%	92.2%	2.92	0.29	97.3%	2
6	استذكر حكمة الله في الابتلاء بطفلي المعاق	1.1%	8.7%	90.2%	2.89	0.34	96.3%	6
7	أحرص على قراءة القرآن ليزداد إيماني	4.1%	19.7%	76.1%	2.72	0.53	90.7%	11

م	الفقرة	نادراً	أحياناً	غالباً	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		الاستجابات (%)						
8	أتواصى مع الأسرة بالصبر الجميل	0.7%	13.7%	85.7%	2.85	0.37	95.0%	9
9	أشعر بأن مسؤوليتي تجاه طفلي المعاق واجب ديني	2.6%	7.6%	89.8%	2.87	0.40	95.7%	7
10	أشعر بأن الله تعالى سيعينني لمساعدة طفلي المعاق	0.7%	6.9%	92.4%	2.92	0.30	97.3%	2
11	أحرص على تجنب الضجر والسخط من المصيبة	6.7%	23.9%	69.4%	2.63	0.61	87.7%	13
12	أبادر إلى فعل الخيرات	1.3%	18.2%	80.5%	2.79	0.44	93.0%	10
13	تذكر طفلي المعاق يقربني من الله	0.4%	6.1%	93.5%	2.93	0.27	97.7%	1
14	أشعر بالراحة النفسية عند قراءة القرآن	1.5%	5.2%	93.3%	2.92	0.33	97.3%	2
	المجال ككل	2.5%	13.1%	84.4%	2.82	0.21	94.0%	

يتضح من الجدول السابق أن البعد الأول وهو البعد الروحي وزنه االنسبي (% 94.0) وهي نسبة عالية تدل على ارتفاع مستوى الصحة النفسية في الجانب الروحي لـــدى أمهـــات الأطفـــال ذوي متلازمة داون.

ثانياً: البعد الاجتماعي:

جدول (5.2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لفقرات البعد الاجتماعي

م	الفقرة	نادراً	أحياناً	غالباً	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		الاستجابات (%)						
1	أسرتنا متماسكة وقوية رغم الطفل المعاق	3.0%	9.8%	87.2%	2.84	0.44	94.7%	1
2	أشعر بأن أسرتي راضية عني بعد ولادة الطفل المعاق	4.6%	13.4%	82.0%	2.77	0.52	92.3%	2
3	نقوم بالزيارات الاجتماعية كالمعتاد رغم إعاقة طفلي	4.3%	16.9%	78.7%	2.74	0.53	91.3%	3

م	الفقرة	الاستجابات (%)			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		نادراً	أحياناً	غالباً				
4	زوجي يعتبرني سبباً في إعاقة ولدي *	12.4%	16.1%	71.6%	2.59	0.70	86.3%	8
5	اصطحب طفلي المعاق معي في الزيارات والمناسبات	9.3%	31.5%	59.2%	2.50	0.66	83.3%	13
6	أبنائي يفخرون بي لمساعدتي طفلي المعاق	3.0%	20.6%	76.4%	2.73	0.51	91.0%	5
7	أشعر بالحرج من مقابلة الأصدقاء بسبب طفلي المعاق *	13.4%	21.7%	64.9%	2.51	0.72	83.7%	12
8	أظهر للآخرين بأنني سعيدة ولكنني غير ذلك *	19.1%	30.8%	50.1%	2.31	0.77	77.0%	14
9	أشعر بالقلق من الإنجاب بعد طفلي المعاق *	34.7%	22.8%	42.5%	2.08	0.88	69.3%	16
10	أنا مطمئنة من مشاعر زوجي تجاهي	6.1%	15.4%	78.5%	2.72	0.57	90.7%	6
11	أخاف من أن يفكر زوجي بالزواج مرة أخرى *	13.7%	13.4%	72.9%	2.59	0.72	86.3%	8
12	أنا مطمئنة من مشاعر أسرة زوجي تجاهي	9.8%	20.0%	70.3%	2.61	0.66	87.0%	7
13	أشعر بالحرج عند مناقشة موضوع طفلي المعاق *	12.1%	23.6%	64.2%	2.52	0.70	84.0%	11
14	جيراني ينظرون إلى بإعجاب لصبري على طفلي المعاق	7.8%	25.8%	66.4%	2.59	0.63	86.3%	8
15	زوجي يقدر جهدي مع طفلي المعاق	5.6%	14.3%	80.0%	2.74	0.55	91.3%	3
16	أشعر بأن الآخرين من حولي يحاولون مساعدتي	19.7%	29.5%	50.8%	2.31	0.78	77.0%	14
	المجال ككل	11.1%	20.4%	68.5%	2.57	0.30	85.7%	

- العبارات السالبة والتي تم التعامل معها احصائياً على أنها موجبة لضرورة عملية الإحصاء حيث أن درجة "غالباً" هي في الأصل نـــادراً وأن درجة "نادراً" هي في الأصل غالباً.

يتضح من الجدول السابق أن البعد الثاني وهو البعد الاجتماعي وزنه االنسبي (% 85.7) وهـــي نسبة عالية تدل على ارتفاع مستوى الصحة النفسية في الجانب الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون.

ثالثاً: البعد الجسماني:

جدول (5.3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لفقرات البعد الجسماني

م	الفقرة	الاستجابات (%)			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		نادراً	أحياناً	غالباً				
1	أشعر بالصداع الشديد كلما فكرت في طفلي المعاق *	15.6%	24.3%	60.1%	2.44	0.75	81.3%	12
2	أشعر بالغثيان واضطرابات في المعدة بسبب طفلي المعاق*	8.9%	11.7%	79.4%	2.70	0.62	90.0%	5
3	أشعر بصعوبة في التنفس كلما جلست بجوار طفلي المعاق*	6.3%	15.8%	77.9%	2.72	0.57	90.7%	2
4	أشعر بضعف عام في الجسم عندما أتذكر طفلي المعاق*	7.4%	20.8%	71.8%	2.64	0.61	88.0%	6
5	أشعر بتشنج في عضلاتي عندما أحمل طفلي المعاق*	6.1%	15.6%	78.3%	2.72	0.57	90.7%	2
6	أشعر بدوخة واصفرار كلما نظرت إلى طفلي المعاق*	5.0%	13.7%	81.3%	2.76	0.53	92.0%	1
7	أشعر بسخونة وبرودة في جسمي عندما أفكر في طفلي المعاق *	5.9%	16.1%	78.1%	2.72	0.56	90.7%	2
8	أتمتع بصحة جيدة عموماً	9.5%	31.9%	58.6%	2.49	0.66	83.0%	8
9	أقوم بمهامي اليومية دون مشاكل جسدية	11.9%	30.8%	57.3%	2.45	0.70	81.7%	11
10	أجد صعوبة كبيرة في النوم بعد إنجابي لطفلي المعاق*	11.7%	28.9%	59.4%	2.48	0.70	82.7%	9
11	أشعر بفقد الشهية للطعام بعد إنجابي لطفلي المعاق*	12.1%	23.9%	64.0%	2.52	0.70	84.0%	7
12	أشعر بالحيوية والنشاط	10.6%	33.2%	56.2%	2.46	0.68	82.0%	10
	المجال ككل	9.3%	22.2%	68.5%	2.59	0.41	86.3%	

* العبارات السالبة والتي تم التعامل معها احصائياً على أنها موجبة لضرورة عملية الإحصاء حيث أن درجة "غالباً" هي في الأصل نادراً وأن درجة "نادراً" هي في الأصل غالباً.

يتضح من الجدول السابق أن البعد الثالث وهو البعد الجسماني وزنه االنسبي (% 86.3) وهـــي نسبة عالية تدل على ارتفاع مستوى الصحة النفسية في الجانب الجسماني لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون.

رابعاً : البعد العقلي:

جدول (5.4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لفقرات البعد العقلي

م	الفقرة	الاستجابات (%)			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		نادراً	أحياناً	غالباً				
1	أستطيع أن أفكر بهدوء رغم مصيبتي في طفلي المعاق	5.0%	20.0%	75.1%	2.70	0.56	90.0%	2
2	أثق بقدرتي على تقييم الآخرين من حولي	7.4%	26.0%	66.6%	2.59	0.62	86.3%	5
3	عندي أفكار غير موجودة عند الآخرين من حولي	40.3%	47.1%	12.6%	1.72	0.67	57.3%	12
4	أشعر بأن الآخرين يقدرون أفكاري في رعاية طفلي المعاق	10.2%	27.8%	62.0%	2.52	0.67	84.0%	6
5	أستطيع حل المشكلات اليومية التي تعترض طفلي المعاق	6.9%	23.2%	69.8%	2.63	0.61	87.7%	3
6	أشعر بأنني عاجزة عن التفكير في مساعدة طفلي المعاق*	14.8%	31.2%	54.0%	2.39	0.73	79.7%	8
7	أعتقد بأن الآخرين من حولي يسيطرون على تفكيري*	10.4%	28.4%	61.2%	2.51	0.68	83.7%	7
8	يصعب عليَ تذكر الأحداث بعد إنجابي طفلي المعاق*	15.8%	30.4%	53.8%	2.38	0.74	79.3%	9
9	التفكير في مستقبل طفلي المعاق يسيطر عليَ	49.7%	32.1%	18.2%	1.69	0.76	56.3%	13
10	أسمع أشياء لا يسمعها الآخرون بعد إنجابي طفلي المعاق*	15.8%	36.2%	47.9%	2.32	0.73	77.3%	11
11	أثق بقدراتي العقلية في معالجة مشكلات طفلي المعاق	5.2%	28.9%	65.9%	2.61	0.59	87.0%	4
12	أعاني من صعوبة في التركيز بعد إنجابي طفلي المعاق*	15.6%	33.4%	51.0%	2.35	0.74	78.3%	10
13	أدرك أن طفلي المعاق يحتاج إلى جهد أكبر	3.0%	21.3%	75.7%	2.73	0.51	91.0%	1
	المجال ككل	15.4%	29.7%	54.9%	2.40	0.28	80.0%	

* العبارات السالبة والتي تم التعامل معها احصائياً على أنها موجبة لضرورة عملية الإحصاء حيث أن درجة "غالباً" هي في الأصل نادراً وأن درجة "نادراً" هي في الأصل غالباً.

يتضح من الجدول السابق أن البعد الرابع وهو البعد العقلي وزنه االنسبي (% 80.0) وهي نسبة عالية تدل على ارتفاع مستوى الصحة النفسية في الجانب العقلي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون.

خامساً: البعد النفسي:

جدول (5.5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لفقرات البعد النفسي

م	الفقرة	الاستجابات (%)			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		نادراً	أحياناً	غالباً				
1	أشعر بالسعادة في حياتي رغم وجود طفلي المعاق	5.0%	22.8%	72.2%	2.67	0.57	89.0%	6
2	أستطيع حل مشكلاتي في الحياة رغم وجود طفلي المعاق	3.3%	18.7%	78.1%	2.75	0.50	91.7%	3
3	أشعر بالرضا عن نفسي رغم إنجابي لطفلي المعاق	3.7%	15.2%	81.1%	2.77	0.50	92.3%	2
4	أعتقد أن المستقبل سيكون أفضل	5.6%	29.1%	65.3%	2.60	0.60	86.7%	10
5	أشعر باليأس والعجز في حياتي بسبب طفلي المعاق*	8.0%	21.0%	70.9%	2.63	0.63	87.7%	8
6	أشعر بالراحة وأنا أخدم طفلي المعاق	3.0%	11.5%	85.5%	2.82	0.45	94.0%	1
7	أشعر بالقلق على مستقبل طفلي المعاق*	51.2%	33.4%	15.4%	1.64	0.73	54.7%	17
8	معنوياتي عالية ومرتفعة رغم إعاقة طفلي	5.9%	22.6%	71.6%	2.66	0.59	88.7%	7
9	الخوف يلازمني بعد إنجابي لطفلي المعاق*	19.3%	37.3%	43.4%	2.24	0.76	74.7%	14
10	القلق يسيطر على حياتي بعد إنجابي طفلي المعاق*	21.3%	36.2%	42.5%	2.21	0.77	73.7%	15
11	أشعر بالحزن بسبب إعاقة طفلي *	27.8%	30.4%	41.9%	2.14	0.82	71.3%	16
12	أشعر بأنني محبطة بعد إنجاب طفلي المعاق*	14.1%	27.3%	58.6%	2.44	0.73	81.3%	12
13	أتمنى الموت حتى أستريح من متاعب الحياة *	5.9%	16.5%	77.7%	2.72	0.57	90.7%	4
14	أشعر بالوحدة حتى لو كنت مع أسرتي *	12.8%	23.4%	63.8%	2.51	0.71	83.7%	11

م	الفقرة	الاستجابات (%)			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
		نادراً	أحياناً	غالباً				
15	أثق بالآخرين من حولي	11.7%	38.2%	50.1%	2.38	0.69	79.3%	13
16	أشعر بالتوازن النفسي رغم وجود طفلي المعاق	5.2%	28.0%	66.8%	2.62	0.58	87.3%	9
17	أشعر بالتفاؤل رغم وجود طفلي المعاق	6.1%	19.3%	74.6%	2.69	0.58	89.7%	5
	المجال ككل	12.3%	25.4%	62.3%	2.50	0.34	83.3%	

* العبارات السالبة والتي تم التعامل معها احصائياً على أنها موجبة لضرورة عملية الإحصاء حيث أن درجة "غالباً" هي في الأصل نادراً وأن درجة "نادراً" هي في الأصل غالباً.

يتضح من الجدول السابق أن البعد الخامس وهو البعد النفسي وزنه االنسبي (% 83.3) وهي نسبة عالية تدل على ارتفاع مستوى الصحة النفسية في الجانب النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون.

جدول (5.6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد استبانة الصحة النفسية

م	البعد	الاستجابات (%)			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي
		نادرا	أحيانا	غالبا			
1	**البعد الروحي**	2.5%	13.1%	84.4%	2.82	0.21	94.0%
2	**البعد الاجتماعي**	11.1%	20.4%	68.5%	2.57	0.30	85.7%
3	**البعد الجسماني**	9.3%	22.2%	68.5%	2.59	0.41	86.3%
4	**البعد العقلي**	15.4%	29.7%	54.9%	2.40	0.28	80.0%
5	**البعد النفسي**	12.3%	25.4%	62.3%	2.50	0.34	83.3%
	مقياس الصحة النفسية ككل	10.2%	22.1%	67.7%	2.57	0.23	85.7%

يتضح من الجدول السابق أن الوزن النسبي لمستوى الصحة النفسية لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون وفقاً لمقياس الصحة النفسية ككل هو (% 85.7) حيث يتبين أن الأمهات يتمتعن بمستوى عالٍ من الصحة النفسية.

تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الأول:-

يرى الباحث أنه وفي ظل نتائج التساؤل الأول والذي يبين أن أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون يتمتعن بصحة نفسية عالية بناءً على الدرجة التي حصلن عليها على مقياس الصحة النفسية، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى عوامل عديدة لعل أبرزها:-

التدين : إذ إن للتدين أثراً على تحسين مستوى الصحة النفسية وحيث إن غالبية المجتمع في قطاع غزة متدين وخصوصاً النساء، ولما قد يكون لوجود الطفل المعاق في الأسرة من أثر أيضاً نحو مزيد من التدين والاستعانة بالله والإيمان بالقضاء والقدر في التغلب على الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة، فالوالد والوالدة المتمسكان بالدين سيجدان في ربهما معيناً كبيراً، ويمكن لهما الرجوع إلى علماء الدين والدعاة لطلب المساعدة الروحية لمواجهة ذلك الابتلاء.

و من هدي الإسلام في التعامل مع الشدائد والمصائب قول الله تعالى ﴿**الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لله وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ**﴾]البقرة:**156**] وقوله سبحانه ﴿**قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ**﴾]التوبة:**51**] وحديث النبي صلى الله عليه وسلم الذي يقول فيه **"عجباً لأمر المؤمن إن أمره كله له خير إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء صبر فكان خير له"** (مسلم، 1953: 2999)، كما حفظ الإسلام للمعاقين كرامتهم حيث يقول الله تعالى ﴿**يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آَمَنُوا لَا يَسْخَرْ قَومٌ مِنْ قَوْمٍ عَسَى أَنْ يَكُونُوا خَيْرًا مِنْهُمْ وَلَا نِسَاءٌ مِنْ نِسَاءٍ عَسَى أَنْ يَكُنَّ خَيْرًا مِنْهُنَّ وَلَا تَلْمِزُوا أَنْفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا بِالأَلْقَابِ بِئْسَ الِاسْمُ الْفُسُوقُ بَعْدَ الإِيمَانِ وَمَنْ لَمْ يَتُبْ فَأُولَئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ**﴾ [الحجرات:١١] وقال جل شأنه " ﴿**عَبَسَ وَتَوَلَّى، أَنْ جَاءَهُ الأَعْمَى، وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّى**﴾ [عبس:1-3]، وجعل الإسلام الأجر العظيم لمن يصبر على مصيبته حيث يقول سبحانه ﴿**مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ**

ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَى وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ [النحل:97] كما ويقول النبي صلى الله عليه وسلم لكل أصحاب الإصابات والإعاقات: **"مَا مِنْ مُسْلِمٍ يُشَاكُ شَوْكَةً فَمَا فَوْقَهَا إِلَّا كُتِبَتْ لَهُ بِهَا دَرَجَةٌ وَمُحِيَتْ عَنْهُ بِهَا خَطِيئَةٌ"**(الألباني، 1987 : 5758).

كما يرى الباحث أن النمط الاجتماعي الذي يتميز به سكان قطاع غزة من حيث أن العديد من الأسر لا تزال تعيش ضمن نظام الأسر الممتدة والتواصل الاجتماعي القوي بين الأقرباء والجيران في المجتمع يساعد على ارتفاع مستوى الصحة النفسية، حيث يخفف الجميع عن الأسرة ويواسونها ويقدمون لها المساندة الاجتماعية مما يزيل الآثار السلبية ويخفف من الضغوط النفسية الناتجة عن وجود طفل معاق في الأسرة.

و لقد دعا الإسلام إلى صلة الأرحام وإلى حب التجمع وإلى منع الإيذاء فقال صلى الله عليه وسلم: **" المسلم أخو المسلم، لا يظلمه ولا يسلمه، ومن كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته، ومن فرج عن مسلم كربة فرج الله عنه كربة من كربات يوم القيامة، ومن ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة"** (البخاري، 1980 : 2442)، تدعيماً لمعنى الإخاء والمودة والرحمة والشفقة بين المسلمين. وقال صلى الله عليه وسلم **"لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه"** (الترمذي : 2515). وقال صلى الله عليه وسلم **"حق المسلم على المسلم خمس:رد السلام وعيادة المريض واتباع الجنائز وإجابة الدعوة وتشميت العاطس"** (البخاري، 1980 : 1240) وذلك لرفع الروح المعنوية بين المسلمين وإثارة الشعور بالتآخي والتضامن والتماسك.

طبيعة خدمات التأهيل: مما لا شك فيه أن رضا أمهات المعاقين وأسرهم عن الخدمات المقدمة لأطفالهن المعاقين من خلال مؤسسات وجمعيات الإعاقة والأخصائيين العاملين في هذا المجال له أثر كبير على ردود فعلهم تجاه الإعاقة ومستوى الصحة النفسية لديهم، وأن دور جمعيات ومؤسسات الإعاقة هام جداً في التخفيف من الضغوط الناتجة عن الإعاقة لدى الأم والأسرة. فهذه الجمعيات والمؤسسات عادة ما تقوم بأغراض متعددة وهي تعمل كملتقى يساعد المعاقين على تحقيق الاندماج التدريجي عن طريق الاختلاط المحدود بالمعوقين أقرانه وكذلك العاديين مما يضمن توفير بيئة آمنة لتجربة أدواته ووسائله الخاصة في الانتماء للغير ومحاولة التوافق معهم كما تعمل تلك الجمعيات كمراكز للالتقاء بآباء المعوقين لتبادل الآراء ومناقشة مشكلاتهم المشتركة وتنظيم جهودهم لتحقيق كل ما من شأنه مساعدة المعوق على تحقيق الاندماج، كما أنها تعمل على تسهيل الحصول على الخدمات التخصصية وتقديم المعلومات والإرشاد.

و يرى الباحث أن المستوى المرتفع للصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون يعزى إلى أن الخدمات المقدمة لذوي متلازمة داون وعلى وجه الخصوص من خلال جمعية الحق في الحياة في قطاع غزة تعد من أكثر الخدمات تميزاً من حيث شموليتها ونجاعتها، وقد توصلت دراسة (شلح : 2008) إلى أن مدى الاستفادة من خدمات برنامج التدخل المبكر في جمعية الحق في الحياة كانت عالية، وأن مستوى رضا الأهل عن الخدمات كان عالياً بنسبة (88.8%) كما أن مستوى مشاركة الأهل في تنفيذ الخطة التأهلية كان بدرجة عالية وبنسبة (85%)، وهو ما اتفق مع نتائج العديد من الدراسات مثل (وشاحي : 2003) و(صالح : 2002).

إن هذه النتيجة تعكس تفاوتاً كبيراً واختلافاً واضحاً مع نتائج دراسات سابقة استنتجت تدني مستوى الصحة النفسية سواءً لأمهات المعاقين أو للوالدين معاً أو لأولياء الأمور أو غيرهم ممن يتعرضون لشدائد ومصائب ومنها دراسة (مغاري : 2005) حيث أكدت نتائجها أن والدي المعاقين سمعياً يعانون من مستوى سيئ من الصحة النفسية وكذلك دراسة (هارفام وآخرون : 2005) والتي توصلت إلى وجود علاقة طردية بين الصحة النفسية للأم وإصابة الطفل بسوء التغذية.

و يعزو الباحث هذا التفاوت والاختلاف لنتائج الدراسات السابقة ونتائج التساؤل الأول في هذه الدراسة إلى ما سبق ذكره من أسباب أدت إلى ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى الأمهات وكذلك إلى الاختلاف في طبيعة الفئة المستهدفة، إذ إن لطبيعة الإعاقة دوراً هاماً وكبيراً في قدرة الأم على التكيف والتوافق مع الطفل المعاق. علماً بأن هذه الدراسة استهدفت أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون والذين لهم ما يميزهم عن غيرهم من المعاقين.

النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني:

نص سؤال الدراسة الثاني على ما يلي:

ما ترتيب أبعاد الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة؟

و للإجابة عن هذا السؤال قام الباحث بتحليل نتائج استبيان مستوى الصحة النفسية بعد تطبيقه على عينة الدراسة حيث قام بحساب المتوسطات والتكرارات والأوزان النسبية لكل بعد من أبعاد الاستبيان، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد استبانة الصحة النفسية

م	البعد	الاستجابات (%) نادرا	أحيانا	غالبا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
1	البعد الروحي	2.5%	13.1%	84.4%	2.82	0.21	94.0%	1
2	البعد الجسماني	9.3%	22.2%	68.5%	2.59	0.41	86.3%	2
3	البعد الاجتماعي	11.1%	20.4%	68.5%	2.57	0.30	85.7%	3
4	البعد النفسي	12.3%	25.4%	62.3%	2.50	0.34	83.3%	4
5	البعد العقلي	15.4%	29.7%	54.9%	2.40	0.28	80.0%	5
	مقياس الصحة النفسية ككل	10.2%	22.1%	67.7%	2.57	0.23	85.7%	

يتضح من الجدول السابق أن ترتيب أبعاد مقياس الصحة النفسية كما يلي:

المرتبة الأولى وقد احتلها البعد الروحي ووزنه االنسبي (% 94.0) على مقياس الصحة النفسية حيث تبين أن مستوى الصحة النفسية المتعلق بالبعد الروحي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون مرتفع.

و قد حصل على المرتبة الثانية البعد الجسماني ووزنه االنسبي (% 86.3) على مقياس الصحة النفسية حيث تبين أن مستوى الصحة النفسية المتعلق بالبعد الجسماني لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون مرتفع.

و حصل على المرتبة الثالثة البعد الاجتماعي ووزنه االنسبي (% 85.7) على مقياس الصحة النفسية حيث تبين أيضاً أن مستوى الصحة النفسية المتعلق بالبعد الاجتماعي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون مرتفع.

أما المرتبة الرابعة فقد حصل عليها البعد النفسي ووزنه االنسبي (% 83.3) على مقياس الصحة النفسية حيث تبين أن مستوى الصحة النفسية في البعد العقلي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون مرتفع أيضاً.

و المرتبة الخامسة فقد حصل عليها البعد العقلي ووزنه االنسبي (% 80.0) على مقياس الصحة النفسية وتبين أيضاً أن مستوى الصحة النفسية في الجانب العقلي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون مرتفع.

تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الثاني:-

يعزو الباحث تصدر البعد الروحي لأبعاد الصحة النفسية الأخرى وحصوله على المرتبة الأولى إلى أن الدين يشكل عصب الصحة النفسية وعنصرها الرئيس، وأن ما تعانيه معظم الشعوب التي تفتقر إلى الجانب الروحي الديني من مشاكل وأمراض نفسية إنما هو في الأساس بسبب بعدها عن الدين، وفي هذا يقول سبحانه وتعالى ﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى﴾]طه:**124**[.

فالإسلام الخالد يحيط أصحابه بسياج عظيم من القيم والمبادئ والأسس والقواعد والمعايير التي تحفظ عليهم صحتهم النفسية وتؤدي إلى تمتعهم بالتكيف النفسي والعقلي والاجتماعي والأسري والأخلاقي والروحي.

كما ويعزو الباحث حصول البعد الجسماني على المرتبة الثانية والبعد الاجتماعي على المرتبة الثالثة وبدرجات وأوزان نسبية متقاربة إلى الاستجابات الإيجابية التي تعطيها الأمهات في مواجهة الإعاقة وإلى ارتفاع الروح المعنوية و انتشار الثقافة العضوية التي تنعكس إيجاباً على الجانب الجسماني، وكذلك قوة الترابط الاجتماعي التي تمنع الإعاقة من أن تؤثر على التواصل الاجتماعي والعلاقات المتبادلة في أن يحتل هذان البعدان الترتيب الثاني والثالث.

أما حصول البعد النفسي "الانفعالي" على المرتبة الرابعة والبعد العقلي على المرتبة الخامسةفهي نتيجة منطقية أيضاً فالأم وإن كانت راضية بما أراده الله إلا أنه تنتابها فترات متباعدة من الحزن والألم تؤثر على حياتها الانفعالية، ومن هنا انخفضت درجة هذا البعد، كذلك فإن الجانب العقلي هو أقل جانب، لأن الأمهات لا يعرفن وحدهن أو بمفردهن كيف يتعاملن مع المعاق وكيف يتغلبن على المشكلة فيلجأن إلى برامج التأهيل وجمعيات رعاية المعاقين لتساعدهم في ذلك.

نتائج فرض الدراسة الأول:

ينص الفرض الأول على ما يلي:-

"لا توجد علاقة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التوافق الزواجي لديهن".

ولاختبار صحة الفرض الأول استخدم الباحث معامل ارتباط بيرسون Person Correlation Coefficient للتعرف على دلالة العلاقة بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التوافق الزواجي لديهن، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.8)

معامل ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التوافق الزواجي لديهن

المجال	قيمة معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية
المقياس ككل × التوافق الزواجي	0.581**	دالة عند 0.01

** القيمة الحرجة لمعامل ارتباط بيرسون عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 =

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) بين مستوى الصحة النفسية بصفة عامة لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التوافق الزواجي لديهن.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول:

يعزو الباحث وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين مستوى التوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون ومستوى الصحة النفسية لديهن إلى التعاون المشترك بين الزوج والزوجة وتحمل المسئولية المشتركة تجاه الطفل المعاق له أيضاً علاقة بهذه النتيجة وخصوصاً أنه لا يمكن لأي من الزوجين تحميل مسئولية إنجاب طفل بمتلازمة داون للآخر غالباً نظراً لأن سبب الإعاقة لا يزال غير محدد.

كما ويرى الباحث أن هذه النتيجة دليل على وجود علاقة طردية بين التوافق الزواجي والصحة النفسية، حيث إن السعادة الزوجية والرضا الزواجي المتمثل في الاختيار المناسب للزوج والاستعداد للحياة الزوجية ووجود الحب المتبادل وتحمل المسئولية المشتركة والقدرة على مواجهة وحل المشكلات، وبالتالي الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالب واحتياجات الأسرة وسلامة العلاقة بين الأبناء في الأسرة، كل ذلك يساهم بفاعلية في تحقيق الصحة النفسية.

و قد تصبح إعاقة الطفل وسيلة من وسائل تدعيم العلاقة بين الوالدين وجعلهما أكثر تفهماً وانسجاماً، وذلك من أجل مواجهة إصابة طفلهما، ويتحقق ذلك لهما حينما تتوافر لديهما الحكمة ﴿ يُؤْتِي الحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الأَلْبَابِ﴾]البقرة:**269**].

كذلك فإن أفضل دعم تحتاجه الأسرة هو الذي يتمثل بمؤازرة أفرادها بعضهم بعضاً وخاصة الوالدين، وقد أشارت الدراسات إلى أن ما تحتاج إليه الأمهات ليست المساعدة في رعاية الطفل ولكن الدعم العاطفي وهو ما تحتاج إليه، وخاصة من الآباء، إضافة إلى أنها أشارت إلى نوع الدعم المقدم أفضل من كميته، فليست كل العلاقات مفيدة، بل ان بعضها يكون مصدراً للضغوط وليس شكلاً من اشكال الدعم.

و يذكر (السويد : 2009، 22) أن هناك نوعين من الأسر مختلفة في ردة فعلها عنـــدما تواجهها مشكلة ما ..فهناك أسر تزيدها هذه المشاكل قوة ورسوخاً وتعاضداً وأسر أخرى تزيـــدها هذه المشاكل المزيد من التشرذم والتخاصم. يعتمد نوع ردة الفعل على وضع الأسرة واســـتقرارها قبل حدوث المشكلة، فالأسرة المتفاهمة لا يزيدها وجود طفل لديه متلازمة داون الا رسوخاً وترابطاً .و لا شك أنه كما أن الأفراح إذا توزعت زادت فإن الاحزان والهموم كلما وزعت نقصت. فلـــذلك يجب على الزوج والزوجة أن يعلما أن الطفل هو طفلهما معا وأن كليهما يحمل ثقل العنايـــة بهـــذا الطفل، وعليهم أن يتجنبوا زيادة كل واحد منهم الحمل على صاحبه بكثرة المشاكل والاختلاف فـــي رعاية الطفل،.و على كل واحد منهما ان يخفف الحمل عن الاخر.

كما ويرى الباحث أن ارتفاع مستوى الوعي الديني والبعد الروحي الإيماني تجاه الطفل المعاق وتجاه المرأة لدى الزوج ساهم كثيراً في تقبل الزوج للإعاقة وللزوجة حيث وجود الدافع للمساعدة والعمل المشترك وفي ذلك قال الله تعالى ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى البِرِّ وَالتَّقْوَى﴾]المائدة:**2**] وقال جل وعلا ﴿وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللهَ يُحِبُّ المُحْسِنِينَ﴾]البقرة:**195**].

نتائج فرض الدراسة الثاني:

ينص الفرض الثاني على ما يلي:

"لا توجد علاقة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التدين لديهن".

ولاختبار صحة الفرض الثاني استخدم الباحث معامل ارتباط بيرســـون Person Correlation Coefficient للتعرف على دلالة العلاقة بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهـــات الأطفـــال ذوي متلازمة داون، ومستوى التدين لديهن، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.9)

معامل ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التدين لديهن

المجال	قيمة معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية
المقياس ككل × مستوى التدين	0.296**	دالة عند 0.01

** القيمة الحرجة لمعامل ارتباط بيرسون عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 =

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) بين مستوى الصحة النفسية بصفة عامة لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التدين لديهن.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثاني:

يرى الباحث أن التدين من أهم عوامل تحقيق الصحة النفسية، الأمر الذي انعكس إيجابياً على نتائج هذه الدراسة ككل نظراً لأن التدين سمة غالبة على المجتمع في قطاع غزة، فقد حصلت أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون على مستوى عال من الصحة النفسية عموماً، وكذلك جاءت نتيجة الفرض الثاني لتؤكد على العلاقة الموجبة بين الصحة النفسية والتدين.

و يرى الباحث أن التدين وإنطلاقاً من الإسلام الحنيف له عناصر ثلاثة تتكامل وتترابط في علاقة طردية تعكس أثراً إيجابياً على جميع نواحي الحياة تمثلت في الحديث الشهير عن ابن عمر رضي الله عنهما قال "أخبرني عمر بن الخطاب رضي الله عنه أنهم بينما هم جلوس أو قعود عند النبي صلى الله عليه وسلم جاءه رجل يمشي حسن الوجه حسن الشعر عليه ثياب بياض فنظر القوم بعضهم إلى بعض : ما نعرف هذا وما هذا بصاحب سفر، ثم قال : يا رسول الله آتيك ؟ قال : نعم، فجاء فوضع ركبتيه عند ركبتيه ويديه على فخذيه فقال : ما الإسلام ؟ قال : شهادة أن لا إله إلا الله وأن محمدا رسول الله، وتقيم الصلاة وتؤتي الزكاة وتصوم رمضان وتحج البيت، قال : فما الإيمان ؟ قال : أن تؤمن بالله وملائكته والجنة والنار والبعث بعد الموت والقدر كله، قال : فما الإحسان ؟ قال : أن تعمل لله كأنك تراه فإنك إن لم تكن تراه فإنه يراك . قال : فمتى الساعة ؟ قال : ما

المسئول عنها بأعلم من السائل . قال : فما أشراطها ؟ قال : إذا الحفاة العراة رعاء الشاء تطاولوا في البنيان وولدت الإماء رباتهن . قال : ثم قال : علي الرجل فطلبوه فلم يروا شيئاً، فمكث يومين أو ثلاثة ثم قال : يا ابن الخطاب أتدري من السائل عن كذا وكذا ؟ قال : الله ورسوله أعلم . قال : ذاك جبريل جاءكم يعلمكم دينكم . قال : وسأله رجل من جهينة أو مزينة فقال : يا **رسول** الله فيما نعمل ؟ أفي شيء قد خلا أو مضى ؟ أو في شيء يستأنف الآن ؟ قال : في شيء قد خلا أو مضى، فقال رجل أو بعض القوم : يا رسول الله فيم نعمل ؟ قال : أهل الجنة ييسرون لعمل أهل الجنة وأهل النار ييسرون لعمل أهل النار(الأصبهاني، 2002 : 429/8).

و أول هذه العناصر هو الإيمان: فالإيمان بالله تعالى وتوحيده وعبادته يؤدي إلى الاستقامة في السلوك، وفيه وقاية وعلاج من الانحراف والشذوذ والمرض النفسي، فالمؤمن المتمسك بدينه يراعي ربه في كل أقواله وأفعاله، ويكون الإيمان عاصماً له من الانحراف والشذوذ، وواقياً من المرض النفسي" .

أما العنصر الثاني فهو العبادة: وعن علاقة العبادة بالصحة النفسية يقول (نجاتي، 1987 : 284-285) "إن القيام بالعبادات وطاعة الله وامتثال أوامره، والتوجه الدائم إليه في عبودية تامة، ومجاهدة النفس والتحكم في أهوائها وشهواتها، ينمي في النفس روح التعاون والتكافل الاجتماعي، وكل هذه الخصال حميدة تتميز بها الشخصية السوية الناضجة المتكاملة، ولا شك أن قيام المؤمن بالعبادات بإخلاص وبانتظام إنما يؤدي إلى اكتسابه هذه الخصال الحميدة التي توفر له مقومات الصحة النفسية، كما يمده بوقاية من الأمراض النفسية".

ويرى الباحث أن الإسلام قد وجه الناس إلى عبادة الله، كما أن الرسل جميعاً دعوا أقوامهم إلى عبادة الله "أن اعبدوا الله"، والعبادة هي من أهم أساليب الإسلام العلاجية للنفس البشرية فهي تطهر النفوس وتزكيها، وتصقل القلوب وتنقيها مما علَق بها من ذنوب وخطايا، لتزيل عنها الران الذي يحجب عنها النور والخير، وتبث في النفس الشعور بالأمن والراحة والسكينة، وتبعث في الجسد النشاط والحيوية والحركة التي تقويه، فتغمره السعادة والصحة النفسية .

و أما العنصر الثالث فهو الأخلاق: يرى الباحث مستنيراً بكتاب الله وسنة النبي الكريم صلى الله عليه وسلم وبآراء العلماء وكتاباتهم حول الأخلاق، أن الأخلاق في الإسلام عبارة عن المبادئ والقواعد المنظمة للسلوك الإنساني، والتي يحددها الوحي لتنظيم حياة الإنسان على نحو يحقق الغاية من وجوده في هذا العالم على الوجه الأكمل والأتم. وهذا النظام هو نظام العمل من أجل

الحياة الخيرية، وهو طراز السلوك وطريقة التعامل مع الله النفس والمجتمع، وهو نظام يتكامل فيه الجانب النظري مع الجانب العملي منه، وهو ليس جزءًا من النظام الإسلامي العام فقط، بل هو جوهر الإسلام ولبه وروحه السارية في جميع نواحيه : إذ النظام الإسلامي – على وجه العموم -مبني على مبادئه الخلقية في الأساس، بل إن الأخلاق هي جوهر الرسالات السماوية على الإطلاق. فالرسول صلى الله وسلم يقول :

" **إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق** " (الحنبلي، 1991 : 305). فالغرض من بعثته –صلى الله عليه وسلم – هو إتمام الأخلاق، والعمل على تقويمها، وإشاعة مكارمها، بل الهدف من كل الرسالات هدف أخلاقي، والدين نفسه هو حسن الخلق. ولما للأخلاق من أهمية نجدها في جانب العقيدة حيث يربط الله سبحانه وتعالى ورسوله –صلى الله عليه وسلم – بين الإيمان وحسن الخلق، ثم إن الإسلام عدّ الإيمان برًّا، فقال تعالى **﴿لَيْسَ البِرَّ أَنْ تُوَلُّوا وُجُوهَكُمْ قِبَلَ المَشْرِقِ وَالمَغْرِبِ وَلَكِنَّ البِرَّ مَنْ آَمَنَ بِاللهِ وَاليَوْمِ الآَخِرِ وَالمَلَائِكَةِ وَالكِتَابِ وَالنَّبِيِّينَ وَآَتَى المَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي القُرْبَى وَاليَتَامَى وَالمَسَاكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَالسَّائِلِينَ وَفِي الرِّقَابِ وَأَقَامَ الصَّلَاةَ وَآَتَى الزَّكَاةَ وَالمُوفُونَ بِعَهْدِهِمْ إِذَا عَاهَدُوا وَالصَّابِرِينَ فِي البَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ البَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ المُتَّقُونَ﴾]البقرة:177[.**

وقد قال النبي صلى الله عليه وسلم : "**البر حسن الخلق**" (مسلم، 1953 : 2553) . والبر صفة للعمل الأخلاقي أو هو اسم جامع لأنواع الخير. وكما نجد الصلة بين الأخلاق والإيمان، نجدها كذلك بين الأخلاق والعبادة إذ إن العبادة روح أخلاقية في جوهرها؛ لأنها أداء للواجبات الإلهية. ونجدها في المعاملات – وهي الشق الثاني من الشريعة الإسلامية بصورة أكثر وضوحاً.

وهكذا نرى أن الإسلام قد ارتبطت جوانبه برباط أخلاقي، لتحقيق غاية أخلاقية، الأمر الذي يؤكد أن الأخلاق هي روح الإسلام، وأن النظام التشريعي الإسلامي هو كيان مجسد لهذه الروح الأخلاقية.

و لقد نهى الله جلا وعلا عن الكذب فقال **﴿إِنَّمَا يَفْتَرِي الكَذِبَ الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ بِآَيَاتِ اللهِ وَأُولَئِكَ هُمُ الكَاذِبُونَ﴾]النحل:105[**، فالأخلاق دليل الإسلام وترجمته العملية، وكلما كان الإيمان قوياً أثمر خلقاً قوياً.

كما أن الأخلاق في الإسلام ليست لوناً من الترف يمكن الاستغناء عنه عند اختلاف البيئة، وليست ثوبًا يرتديه الإنسان لموقف ثم ينزعه متى يشاء، بل إنها ثوابت شأنها شأن الأفلاك والمدارات التي تتحرك فيها الكواكب لا تتغير بتغير الزمان لأنها الفطرة ﴿فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللهِ ذَلِكَ الدِّينُ القَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ﴾]**الرُّوم:30**[.

و يقول (الغزالي، 1980 : 22) " و من هنا كان الإصلاح النفسي الدعامة الأولى لتغليب الخير في هذه الحياة. فإذا لم تصلح النفوس أظلمت الآفاق، وسادت الفتن حاضر الناس ومستقبلهم ولذلك يقول الله تعالى ﴿إِنَّ اللهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ﴾]**الرعد:11**[.

نتائج فرض الدراسة الثالث:

ينص الفرض الثالث على ما يلي:

"**لا** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير (جنس المعاق، درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة)".

و للتحقق من صحة الفرض الثالث قام الباحث بما يلي:

أولاً: جنس المعاق:-

استخدم الباحث اختبار T لعينتين مستقلتين Tow Independent Samples T Test وذلك للتعرف على دلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لجنس الطفل المعاق، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.10)

اختبار t لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لجنس الطفل المعاق

البعد	جنس الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةT	مستوى الدلالة
المقياس ككل	ذكر	255	2.59	0.23	1.546	غير دالة
	أنثى	206	2.56	0.23		

* القيمة الحرجة لـــ T عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية 459 تساوي 1.96

يتضح من الجدول السابق:

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير جنس الطفل المعاق (ذكر، أنثى).

يعزو الباحث عدوم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لـــدى أمهـــات أطفـــال ذوي متلازمة داون تعزى لمتغير جنس الطفل المعاق (ذكر، أنثى) إلى أن خدمات الإرشـــاد والتوجيـــه والتأهيل المقدمة لأمهات وأطفال ذوي متلازمة داون تقدم لكلا الجنسين من المعاقين، وأن أمهـــات ذوي متلازمة داون يتمتعن بدرجة عالية من الالتزام الديني، الأمر الذي يعكـــس نظـــرة إيجابيـــة للجنسين على السواء.

و يرى الباحث أنه ورغم بعض العادات المجتمعية التي كانت تسود في قطاع غزة والمتمثلة في التمييز بين الذكر والأنثى سواء كان ذلك متعلقاً بالطبيعيين أو بالمعاقين، إلا أن هـــذه النتيجـــة تعطي مؤشراً طيباً على تحول إيجابي للمجتمع نحو نظرة عادلة للذكر والأنثى.

و اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (القريوتي : 2003) والتي أكدت عدم وجود أثر لمتغيـــر الجنس على الصحة النفسية لوالدي المعاق. إلا أنها تختلف مع دراسة كل من (مغاري : 2005) التي أظهرت وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات المعاقين سمعياً تعـــزى لمتغيـــر الجنس، ويعزو الباحث هذا الاختلاف إلى طبيعة الإعاقة المستهدفة في الدراستين حيـــث إن هـــذه الدراسة استهدفت المصابين بمتلازمة داون وهي إعاقة عقلية في حين أن دراسة (مغاري : 2005) قد استهدفت المعاقين سمعياً.

ثانياً: درجة الإعاقة:-

استخدم الباحث تحليل التباين الأحادي One Way Analysis Of Variance "ANOVA" وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.11)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب درجة إعاقة الطفل

البعد	درجة الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	بسيطة	166	2.60	0.23
	متوسطة	261	2.58	0.22
	شديدة	34	2.38	0.25
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.12)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لدرجة إعاقة الطفل

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	1.40	2	0.700	13.644**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	23.48	458	0.051		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير درجة إعاقة الطفل.

وللتعرف على مصدر الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية Scheffe Post Hoc Test وذلك للتعرف على وجهة الفروق بين المستويات الثلاثة للمتغير والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.13)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير درجة إعاقة الطفل

البعد	درجة إعاقة الطفل	فروق المتوسطات	
		متوسطة	شديدة
المقياس ككل	بسيطة	-	**0.218
	متوسطة		**0.203

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝= 0.01) بين استجابات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الشديدة لصالح أمهات الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة.

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝= 0.01) بين استجابات أمهات الأطفال ذوي الإعاقة المتوسطة وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الشديدة لصالح أمهات الأطفال ذوي الإعاقة المتوسطة.

يرى الباحث أن هذه النتيجة تأتي متفقة مع المنطق والواقع إذ إنه وبزيادة شدة الإعاقة تزداد الضغوط على أمهات الأطفال المعاقين ووالديهم، وبالتالي على مستوى الصحة النفسية لديهن. وانطلاقاً من خبرة الباحث في هذا المجال يرى أن زيادة شدة الإعاقة أيضاً تؤثر على مستوى تقدم نمو وتطور الطفل المعاق في نواحي ومجالات النمو المختلفة، وأن هناك علاقة طردية بين درجة الإعاقة وبين تقدم عملية تأهيل المعاق، إذ إن المصابين بمتلازمة داون والمصنفين بدرجة إعاقة شديدة يعانون من تخلف عقلي شديد ومن تعدد الأمراض الصحية المصاحبة وتأخر شديد في جميع مجالات النمو وأن هناك بطئاً شديداً في عملية النمو يصاحب العملية التأهيلية.

و قد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كل من (مغاري : 2005) و(السرطاوي : 1991).

ثالثاً: ترتيب الطفل المعاق في الأسرة:-

قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي "One Way Analysis Of Variance "ANOVA وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.14)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب ترتيب الطفل المعاق في الأسرة

البعد	ترتيب الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	1-3	115	2.52	0.24
	4-7	160	2.59	0.22
	أكثر من 7	186	2.59	0.23
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.15)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لترتيب الطفل المعاق في الأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	0.42	2	0.212	3.978	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	24.46	458	0.053		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) في الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير ترتيب الطفل في الأسرة.

وللتعرف على مصدر الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية Scheffe Post Hoc Test وذلك للتعرف على وجهة الفروق بين المستويات الثلاث للمتغير في الأبعاد ذات الدلالة الإحصائية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.16)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير درجة إعاقة الطفل

البعد	ترتيب الطفل في الأسرة	فروق المتوسطات	
		4-7	أكثر من 7
المقياس ككل	1-3	-	-0.071*
	4-7		-

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝= 0.05) بين استجابات أمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (1-3) في الأسرة وأمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (أكثر من 7) في الأسرة، لصالح أمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (أكثر من 7) في الأسرة.

يرى الباحث أن هذه النتائج قد تعود إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (1-3) في الأسرة قد يكن أكثر قلقاً وتوتراً حول مستقبلهن الإنجابي خوفاً من تكرار إنجاب طفل بمتلازمة داون من أمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (أكثر من 7)، وذلك لما يتميز به المجتمع الفلسطيني من عادات وتقاليد تشجع على كثرة الإنجاب الأمر الذي ساهم في مزيد من الضغط على الأم خوفاً من إنجاب طفل معاق آخر.

كما أن أمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (1–3) في الأسرة قد يكَن أصغر سناً من أمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (أكثر من 7) وأن أمهات الأطفال المعاقين ذوي الترتيب (1–3) في الأسرة قد يكَن أكثر قلقاً على مستقبل حياتهن الزوجية والأسرية، إذ إنه قد يؤثر إنجاب طفل معاق على مشاعر واتجاهات الأب وأسرته نحو الزوجة خصوصاً في ظل مشروعية الزواج من أخرى وتخوفاً من تكرار إنجاب طفل معاق.

كما أن الباحث يرى أن لسبب حدوث متلازمة داون علاقة قوية بهذه النتيجة، إذإأنه ولعدم توصل العلم لسبب واضح ومباشر وراء حدوث متلازمة داون وأن خطورة الإصابة تكون أكثر لدى الأمهات فوق (40) عاماً، يزداد قلق أمهات الأطفال من (1–3) خوفاً من تكرار إنجاب طفل بمتلازمة داون كونهن في الغالب أصغر سناً.

نتائج فرض الدراسة الرابع:

ينص فرض الدراسة الرابع على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير (عدد المعاقين في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، صلة القرابة بين الزوجين، عدد الأبناء في الأسرة)".

و للتحقق من صحة الفرض الرابع قام الباحث بما يلي:–

أولاً: عدد المعاقين في الأسرة:–

قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي "One Way Analysis Of Variance "ANOVA وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.17)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عدد المعاقين في الأسرة

البعد	عدد المعاقين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	معاق واحد	425	2.57	0.23
	معاقان	23	2.64	0.24
	3 معاقين فأكثر	13	2.52	0.25
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.18)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعدد المعاقين في الأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	0.13	2	0.065	1.207	غير دالة
	داخل المجموعات	24.75	458	0.054		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالـــة ($\alpha \leq 0.05$) فـــي مـــستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير عدد المعاقين في الأسرة.

يرى الباحث أن نتيجة الفرض الخامس تؤكد أن أمهات اطفال ذوي متلازمة داون واللواتي حصلن على مستوى عال من الصحة النفسية لا يظهرن فروقاً في مستويات الصحة النفسية تعـــزى لمتغير عدد المعاقين في الأسرة.

و يرى الباحث أن الإعاقة لها نفس الوقع والتأثير على الأسرة أياً كان عدد المعاقين فيهـــا، وأن النتيجة المتوقعة من عملية الإرشاد والتوجيه النفسي للأسرة تؤثر إيجابياً على الأسرة سواءً كان لديها معاق واحد أو أكثر. كما أنه وفي ظل توفر الدعم المالي والاجتماعي للأسرة يزداد مع زيادة عدد المعاقين فيها مما يؤدي إلى توازن في مستوى الصحة النفسية للأسرة وخصوصاً الأمهات.

كما يرى الباحث أن للتدين الأثر الأكبر في عدم تأثر مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون بمتغير عدد المعاقين في الأسرة، حيث يشيــر (يوسف، 2005 : 139) إلى أن تربية المعاق تكون على الأمل والابتعاد عن اليأس، والقرآن الكريم يشير إلى ذلك ﴿**وَلَا تَيْئَسُوا مِنْ رَوْحِ اللهِ إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رَوْحِ اللهِ إِلَّا القَوْمُ الكَافِرُونَ**﴾]يوسف:**87**[وإذا استسلم الإنسان لدافع الغضب واليأس أصبح فريسة سهلة للأمراض النفسية، وعندما يكون الجسم في انسجام بين كل الخلايا والغدد والأعصاب تزيد من مقاومة الجسم للأمراض والإسلام يدعو إلى إيمان وصلة قوية بالله تريح النفس وترضي العقل والشعور، وتسمو بالأفراد والجماعات. إن الاسلام بكل هذه التعاليم يخلق الجو الصحي نفسياً وعقلياً ويقضي على أكثر ما تعانيه مجتمعاتنا المعاصرة من الشعور بالاغتراب والإحباط والشعور بالعجز وما يصاحب ذلك من عنف وتوتر وجريمة.

و بالرغم من ندرة الدراسات التي تناولت دراسة متغير عدد المعاقين في الأسرة فقد اتفقت دراسة (مغاري : 2005) مع نتيجة الفرض الخامس حيث توصلت إلى أنه لا توجد فـــروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لأمهات المعاقين سمعياً تعزى لمتغير عدد المعاقين في الأسرة.

ثانياً: المستوى الاقتصادي للأسرة:-

استخدم الباحث تحليل التباين الأحادي "One Way Analysis Of Variance "ANOVA وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.19)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب المستوى الاقتصادي للأسرة

البعد	المستوى الاقتصادي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	ضعيف	187	2.53	0.24
	متوسط	235	2.61	0.23
	جيد	39	2.58	0.22
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.20)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى المستوى الاقتصادي للأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	0.65	2	0.325	6.147	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	24.23	458	0.053		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) في مستوى الـصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى المستوى الاقتصادي للأسرة.

وللتعرف على مصدر الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعديـة Scheffe Post Hoc Test وذلك للتعرف على وجهة الفروق بين المستويات الثلاثة للمتغير والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.21)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير المستوى الاقتصادي للأسرة

البعد	المستوى الاقتصادي	فروق المتوسطات	
		متوسط	جيد
المقياس ككل	ضعيف	-0.079**	-
	متوسطة		-

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) بين استجابات الأمهات ذوات المستوى الاقتصادي الضعيف والأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط لصالح ذوات المستوى الاقتصادي المتوسط.

يرى الباحث أن الوضع الاقتصادي للأسرة له دور كبير وهام في تحديد مـستوى الـصحة النفسية لأمهات المعاقين، وذلك لأن الطفل المعاق يزيد من الأعباء الاقتصادية والمالية على الأسرة ويشكل تحدياً اقتصادياً إضافياً على كاهلها.

و يرى (الخطيب، 2009 : 69) أن العناية الطبية والعمليات الجراحية والأدوات الخاصة بالإضافة إلى الرعاية اليومية والمواصلات والمسكن والبدائل، تشكل جميعها عبئاً مالياً على الوالدين، وبالتالي فهما أكثر تعرضاً للمشكلات الاقتصادية كلما بذلا جهداً لسداد تكلفة الخدمات اللازمة للطفل. وقد أشارت الدراسات إلى أن الوالدين يواجهان مشكلات مالية بسبب احتياجات الطفل للعلاج والرعاية الطبية، بالإضافة إلى الأدوات والمعدات الطبية الخاصة. ومن ناحية أخرى فإن الطفل المعوق بحاجة إلى معالجين وظيفيين وطبيعيين ومعالجي نطق وأخصائيين نفسيين وخدمات أخرى مساندة، وكل ذلك يعمل على استنزاف موارد الوالدين المالية. وذلك لا يسهل تعايش الوالدين وتكيفهما، ولكن حتى لو توفرت المصادر المالية بحيث تسمح بأخذ الطفل من عيادة إلى أخرى من أجل الحصول على التشخيص المطلوب والعلاج المناسب، فإن مسؤولية المهنيين تظهر هنا مرة أخرى، وهي حماية الوالدين من الأشخاص الذين يشخصون الحالة وفقاً لما يتمنى الوالدان سماعه والذين من الممكن أن يزودوا الوالدين ببرامج علاجية مكلفة جداً وقليلة الفائدة.

و يرى الباحث أن شبه مجانية الخدمات المقدمة للمعاقين في قطاع غزة بالإضافة إلى الدعم المالي الذي تتلقاه الأسر من قبل بعض المؤسسات المحلية والدولية كان له أثر كبير في حصول أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون على مستوى مرتفع من الصحة النفسية وأن وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لديهن يعزى لمتغير الوضع الاقتصادي إنما هو في إطار المستوى المرتفع العام، وأن هذا التفاوت يعزى لتفاوت المستويات الاقتصادية للأسر حيث إن (187) أماً تعاني من وضع اقتصادي ضعيف وأن (235) أماً تعيش في وضع اقتصادي متوسط وأن (39) منهن فقط يتمتعن بوضع اقتصادي جيد.

ثالثاً: صلة القرابة بين الزوجين:-

قام الباحث باستخدام اختبار T لعينتين مستقلتين Tow Independent Samples T Test وذلك للتعرف على دلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لصلة القرابة بين الزوجين، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار t :

جدول (5.22)

اختبار t لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لصلة القرابة بين الزوجين

البعد	صلة القرابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
المقياس ككل	يوجد قرابة	230	2.58	0.24	0.793	غير دالة
	لا يوجد قرابة	231	2.57	0.23		

* القيمة الحرجة لـــ T عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية 459 تساوي 1.96

** القيمة الحرجة لـــ T عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 تساوي 2.56

يتضح من الجدول السابق:

- **لا** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير صلة القرابة بين الزوجين.

يرى الباحث أن نسبة وجود قرابة بين الزوجين في عينة الدراسة والتي بلغت حوالي 50% مؤشر إيجابي على توجه المجتمع الفلسطيني نحو التباعد، وهي كذلك مؤشر على عدم وجود علاقة بين درجة القرابة بين الزوجين وإنجاب طفل بمتلازمة داون. إن إدراك أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون بحقيقة أنه لا توجد علاقة بين درجة القرابة بين الزوجين وإنجاب طفل بمتلازمة داون من أهم العوامل التي أدت إلى عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى لمتغير درجة القرابة بين الزوجين، ويرى الباحث أن هذا الوعي والإدراك يعزى إلى نجاح جهود خدمات الإرشاد والتوجيه لأمهات وأسر ذوي متلازمة داون حول حقيقة متلازمة داون وأسباب حدوثها وطرق التكيف والتأهيل.

و يؤكد السويد (2009 : 12) أن متلازمة داون خلل في المادة الوراثية ولكن لا يعتبر مرضاً وراثياً ينتقل عبر الأجيال، وفي أغلب الأحيان لا تتكرر الإصابة في العائلة الواحدة،و لكن ولادة طفل واحد بمتلازمة داون في العائلة يزيد من احتمال التكرار ولكن هذه النسبة تتراوح بين 1% إلى 2% في كل مرة تحمل فيها المرأة في المستقبل .هناك نوع نادر من متلازمة داون لا يكون فيه زيادة في عدد الكروموسومات، هذا النوع في بعض الأحيان يكون ناتجاً عن حمل(نقل) أحد الوالدين لكروموسوم مزدوج (عبارة عن كروموسومين متلاصقين ببعضهما البعض) ففي هذا

النوع تزيد نسبة احتمال تكرار الإصابة في المستقبل.و يستطيع الطبيب بسهولة أن يعرف نوع متلازمة داون عن طريق إجراء فحص لكروموسومات الطفل. فالنوع المعتاد من متلازمة داون يكون فيه مجموع عدد الكروموسومات 47 والنوع النادر يكون فيه العدد 46 إحدى هذه الكروموسومات عبارة عن كروموسومين متلاصقين، إحداهما كروموسوم 21 ولا يُحتاج لإجراء فحص لكروموسومات الوالدين إلا في حالة وجود التصاق في كروموسومات الطفل.

و يرى الباحث أن الزواج من الأقارب كغيره، لا يستلزم أن يؤدي إلى إنجاب أطفال معاقين وخصوصاً عندما يتعلق الأمر بمتلازمة داون، بل إن كثيراً من الأزواج الأقارب أكرمهم الله بأنجاب الأطفال المعافين والأمر كله بيد الله، ولكن في حال وجود أمراض وراثية في العائلة فإن الأسلم والأحوط التباعد في النكاح والزواج حفاظاً على الذرية من المرض والإعاقة وطلباً للولد الأنجب والله تعالى يقول ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾]الحجرات:13]

رابعاً: عدد الأبناء في الأسرة:-

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي One Way Analysis Of Variance "ANOVA" وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.23)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عدد الأبناء في الأسرة

البعد	عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	1-3	61	2.49	0.24
	4-7	186	2.57	0.23
	أكثر من 7	214	2.60	0.23
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.24)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعدد الأبناء في الأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	0.54	2	0.272	5.120**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	24.34	458	0.053		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير عدد الأبناء في الأسرة.

وللتعرف على مصدر الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية Scheffe Post Hoc Test وذلك للتعرف على وجهة الفروق بين المستويات الثلاثة للمتغير والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.25)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير درجة إعاقة الطفل

البعد	عدد الأبناء في الأسرة	فروق المتوسطات	
		4–7	أكثر من 7
المقياس ككل	1–3	–	−0.107**
	4–7		–

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝= 0.01) بين استجابات الأمهات ذوات الأبناء (1–3)، والأمهات ذوات الأبناء (أكثر من 7) لصالح الأمهات ذوات الأبناء (أكثر من 7).

يرى الباحث أنه ونظراً لعادات المجتمع وتقاليده التي تحث على الإنجاب فإن أمهات الأطفال المعاقين ذوات الأبناء (1–3) في بداية حياتهن الإنجابية وأنهن يطمعن في إنجاب المزيد سواء كان ذلك رغبة منهن أو تلبية لضغط المجتمع على الأقل، ولكن ذلك يصطدم في حالة إنجاب طفل بمتلازمة داون بالخوف من تكرار إنجاب طفل معاق مرة أخرى وخصوصاً في ظل غياب سبب واضح لحدوث متلازمة داون، كما أنهن قد يشعرن بضغط أكبر نتيجة وجود أطفال أصغر سناً يحتاجون بالإضافة للطفل المعاق إلى قدر كبير من الرعاية. كما أن الأمهات ذوات الأبناء من (4–7) و(أكثر من 7) أكثر إطمئناناً على مستقبل حياتهن الزوجية التي مضى عليها غالباً وقت أكثر من الحياة الزوجية للأمهات ذوات الأبناء من (1–3)، الأمر الذي يمنحهن مستوى أعلى من الصحة النفسية.

كذلك فإن أمهات الأطفال المعاقين ذوات الأبناء (4-7) و(أكثر من 7) قد يحصلن على الدعم والمساعدة من قبل الأبناء الأكبر، وبالتالي التخفيف من الأعباء التي يلقيها الطفل المعاق على الأم وهو ما توفره العادات والتقاليد في المجتمع الفلسطيني حيث يعطى للأبناء الكبار دور أساسي في رعاية شؤون الأسرة. ويذكر (الخطيب، 2009 : 265) نقلاً عن (Seligman, 1983) أن دراسة (Farber 1954) أشارت إلى أن الأخوات الأكبر سناً للأطفال المعاقين واللواتي لا يغادرن البيت يواجهن ضغوطاً كبيرة فيما يتصل بدورهن كأخوات للطفل المعاق. وإحدى التفسيرات المحتملة لهذه النتيجة قد تتمثل بكون الأخوات الأكبر سناً غالباً ما توكل إليهن بعض المسؤليات والمهام الإضافية على صعيد العناية بالطفل بسبب الإعاقة التي يعاني منها. وهكذا فإن وجود الأطفال الأكبر سناً قد يعمل بمثابة مصدر دعم للوالدين. ومن ناحية أخرى إذا واجه الأخوة صعوبات في التكيف مع إعاقة الطفل فإن المحاولات التي يبذلونها بهدف التكيف قد تولد ضغوطاً لهم وللأفراد الآخرين في الأسرة أيضاً. أما الأخوة الأصغر وغير المعوقين فهم أيضاً قد يحتاجون إلى قدر كبير من الرعاية مما قد يزيد من الضغوط التي يواجهها الوالدان. بعبارة أخرى، إن الأخوة قد يعملون بمثابة مصادر للدعم أو مصادر للضغط وما يعنيه ذلك أن أسر الأطفال المعاقين قد تزود الأخوة العاديين بفرص غير اعتيادية للنضج، وقد تقود إلى مشكلات تكيفية.

النتائج المتعلقة بفرض الدراسة الخامس:

ينص الفرض الخامس على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير (عمر الأم عند الولادة، عمر الأم الحالي، مستوى تعليم الأم، عمل الأم)".

و للتحقق من صحة الفرض الخامس قام الباحث بما يلي:-

أولاً: عمر الأم عند الولادة:-

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي One Way Analysis Of Variance "ANOVA" وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.26)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق

البعد	عمر الأم عند ولادة المعاق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	أقل من 20	46	2.51	0.26
	20-40	348	2.58	0.23
	أكثر من 40	67	2.61	0.22
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.27)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعمر الأم عند ولادة الطفل المعاق

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	0.30	2	0.149	2.774	غير دالة
	داخل المجموعات	24.59	458	0.054		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالـــة ($\alpha \leq 0.05$) فـــي مـــستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى عمـــر الأم عنـــد ولادة الطفـــل المعاق.

يرى الباحث أنه وبتأمل عينة البحث الحالي نجد أن غالبية الأمهات (348 أماً) تنتمي إلـــى الفئة التي يكون فيها عمر الأم من (20–40) وهو السن الطبيعي والأمثل للإنجـــاب، ونظـــراً لأن الأمهات ورغم ما يقال حول دور تقدمهن في السن كسبب في إنجاب طفل بمتلازمة داون إلا أنهن لا يجدن أنهن السبب المباشر في وجود الطفل المعاق في الأسرة، فإن مـــستوى الـــصحة النفـــسية المرتفع لهن لم يتأثر بمتغير عمر الأم عند الولادة.

و يذكر (يوسف وبورسكي، 2002 : 20) أنه يجب أن نشير أولاً أن إنجاب طفل يحمـــل صفات ملازمة داون لايعني أن نوجه أصابع الاتهام إلى الأم، وذلك لأنه ولغاية الآن لا أحد يعرف ما هو السبب الحقيقي وراء هذه المتلازمة، وربما تكون الأم ليست الوحيدة هي المسئولة.

و يرى الباحث أن الإيمان بالقضاء والقدر له دور كبير في الوصول لهذه النتيجة حيث إن الله تعالى يقول ﴿ **قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ**﴾]التوبة:**51**] **وعن ابن عباس قال : كنت ردف رسول الله صلى الله عليه وسلم فالتفت إلي فقال : "يا غلام احفظ الله يحفظك، احفظ الله تجده أمامك، تعرف إلى الله في الرخاء يعرفك في الشدة ... قد جف القلم بما هو كائن، فلو أن الخلق كلهم جميعا أرادوا أن ينفعوك بشيء لم يقضه الله لك لم يقدروا عليه، أو أرادوا أن يضروك بشيء لم يقضه الله عليك لم يقدروا عليه ... واعلم أن ما أصابك لم يكن ليخطئك وما أخطأك لم يكن ليصيبك، واعلم أن النصر مع الصبر وأن الفرج مع الكرب وأن مع العسر يسرا"** (السخاوي، 1993 : 188) كما أن وعي الأمهات بحقيقة متلازمة داون وأسباب حدوثها من خلال خدمات الارشاد والتوجيه المقدمة لهن له أيضاً دور كبير في الحصول على هذه النتيجة.

ثانياً: عمر الأم عند الإنجاب:-

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي One Way Analysis Of Variance "ANOVA" وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.28)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عمر الأم الحالي

البعد	درجة الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	**أقل من 20**	42	2.44	0.30
	20-40	138	2.54	0.23
	أكثر من 40	281	2.61	0.21
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.29)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعمر الأم الحالي

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	1.29	2	0.647	12.559	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	23.59	458	0.052		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) في الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير عمر الأم الحالي.

وللتعرف على مصدر الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية Scheffe Post Hoc Test وذلك للتعرف على وجهة الفروق بين المستويات الثلاثة للمتغير والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.30)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير عمر الأم الحالي

البعد	عمر الأم الحالي	فروق المتوسطات	
		20–40	أكثر من 40
المقياس ككل	أقل 20	-	-0.168**
	20–40		-0.074**

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝= 0.01) بين استجابات الأمهات ذوات الأعمار (الأقل من 20) عاما، واستجابات الأمهات ذوات الأعمار (الأكثر من 40) عاما، وذلك لصالح الأمهات ذوات العمار (الأكثر من 40) عاماً.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝= 0.01) بين استجابات الأمهات ذوات الأعمار (20–40) عاما، واستجابات الأمهات ذوات الأعمار (الأكثر من 40) عاما، وذلك لصالح الأمهات ذوات العمار (الأكثر من 40) عاماً.

ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الأمهات الأكبر سناً قد يحصلن على مساعدة في تلبية احتياجات الطفل المعاق من قبل الأبناء الكبار الذين يساعدون أيضاً في تحمل المسئولية تجاه الطفل المعاق أو المساعدة في شئون الحياة بشكل عام، وهو ما يخفف من الأعباء الملقاة على كاهل الأم.

كما أن الأطفال المعاقين لأمهات أكبر سناً قد يكونون قد حصلن على نصيب أكبر من خدمات تأهيل جعلتهم أقل إعتماد على الآخرين ومنحتهم القدرة على الاعتماد على النفس بل وربما القدرة مساعدة الأسرة في بعض الحالات، الأمر الذي يخفف من الأعباء الملقاة على كاهل الأم بسبب الطفل المعاق. كما أن الأمهات الأكبر سناً قد قضين وقتاً أطول مع أطفالهن المعاقين، الأمر الذي جعلهن أكثر تكيفاً وتوافقاً مع الضغوط الناتجة عن الطفل المعاق في الأسرة.

كما أن الأمهات الأكبر سناً قد لا يفكرن كثيراً في مزيد من الإنجاب وخصوصاً أن معظمهن قد أنجبن العديد من الأبناء، الأمر الذي لا يدفعهن للقلق حول احتمالية إنجاب طفل معاق أو حتى حول تدهور العلاقات الزوجية.

ثالثاً: تعليم الأم:-

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي One Way Analysis Of Variance "ANOVA" وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.31)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب تعليم الأم

البعد	تعليم الأم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	أقل من ثانوي	235	2.56	0.25
	ثانوي أو دبلوم	194	2.59	0.21
	جامعي فما فوق	32	2.59	0.22
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.32)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لتعليم الأم

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
المقياس ككل	بين المجموعات	0.10	2	0.051	0.949	غير دالة
	داخل المجموعات	24.78	458	0.054		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالـة ($\alpha \leq 0.05$) فـي مـستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير تعليم الأم.

يرى الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى أمهـات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير تعلم الأم نتيجـة لقـدرة المختـصين علـى توصـيل المعلومةالإرشادية للأمهات بغض النظر عن مستوياتهم التعليمية، بحيث يتم توجيههن كـل حـسب قدراتهن ومستوياتهن التعليمية، الأمر الذي ساهم في تفهم الأمهات لحاجات أطفالهن المعاقين عقلياً وقدرتهن على التعامل معهم.

كما ويرى الباحث أن بساطة الأهداف التأهيلية المطلوب من الأم تحقيقها في الطفل المعاق عقلياً لا تحتاج إلى كثير من العلم والثقافة، الأمر الذي يساعد الأم للقيام بدورها في عملية التأهيـل وشعورها بالرضا عما تقوم به من إنجاز لصالح طفلها المعاق بغض النظر عن مستواها التعليمي.

إن تجنب استخدام المصطلحات التي لا تعرفها الأم، وتوضيح طبيعة المشكلة التي يعـــاني منها طفلها بصراحة ودون لبس، وتزويد الأم بكل المعلومات عن طفلها ما لم يكن هنـــاك مبـــرر منطقي لحجب بعض المعلومات عنها، ومراعاة الفروق الثقافية بين الأمهات واحترم الفروق بينهن من قبل الأخصائيين ساهم في تلاشي الفروق بينهن في مستوى الصحة النفسية بـــسبب المـــستوى التعليمي.

كذلك لا بد من الإشارة هنا إلى أن الثقافة الدينية الموجودة لدى الأمهات واللاتي يحـــصلن عليها من خلال الفضائيات الدينية والمواعظ المسجدية وغيرها من الوسائل الدعوية بغض النظـــر عن مستوياتهم التعليمية لها دور كبير في تقبل الأم وقدرتها على التوافق والتكيف وتحمل الضغوط الناتجة عن الطفل المعاق.

و قد اختلفت هذه النتائج مع نتائج دراسة (مغاري : 2005) التي أظهـــرت فروقـــاً فـــي مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً تعزى إلى متغير المستوى التعليمي للأم لصالح الأمهات الأكثر تعليماً، ويعزو الباحث هذا الاختلاف إلى الفروق الناتجة عن نوع الإعاقة، حيث إن المعاق سمعياً لديه قدرات عقلية عادية الأمر الذي يحتاج من الأم مستوىً تعليمياً وثقافيـــاً عالياً وقد يستدعي الأمر تعلم الأم لغة الإشارة وكيفية التعامل مـــع ســـماعات الأذن والفحوصـــات السمعية وتعليم النطق واللغة والتعامل مع المشكلات السلوكية الحركية للطفل الأصم، في حـــين أن المعاق بمتلازمة داون يعاني من تخلف عقلي وهو بحاجة لتبسيط البيئة المحيطة ليتمكن من فهمهـــا والتعامل معها، كما أنه يعاني من تأخر حركي الأمر الذي يحد من سلوكياته الحركية غير المقبلولة لدى الأم.

رابعاً: عمل الأم:-

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار T لعينتين مستقلتين Tow Independent Samples T Test وذلك للتعرف على دلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لعمل الأم، والجدير بالذكر أن اختيار t-test جاء بالرغم من التباين الكبير بين عدد الأفراد في المجموعتين، فقد تم استكشاف البيانات من خلال دراسة الشكل البياني box plot، واختبار اعتدالية التوزيع Test of normality، واتضح خضوع كلا التوزيعين للمنحنى الطبيعي

Normal Distribution، وبالتالي لجأ الباحث للاختبارات البارمترية Parametric Tests لتحقق شرط الاعتدالية في التوزيع.

والجدول التالي يوضح نتائج اختبار t :

جدول (5.33)

اختبار t لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لعمل الأم

البعد	عمل الأم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
المقياس ككل	لا تعمل	405	2.59	0.23	2.672**	دالة عند 0.01
	تعمل	56	2.50	0.26		

* القيمة الحرجة لـــ T عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية 459 تساوي 1.96

** القيمة الحرجة لـــ T عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 تساوي 2.56

يتضح من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير جنس متغير عمل الأم (تعمل، لا تعمل)، وذلك في الدرجة الكلية للمقياس لصالح الأمهات غير العاملات.

مما لا شك فيه أن وجود طفل معاق في الأسرة يشكل عبئاً كبيراً على الأسرة وخصوصاً الأم. حيث يقول (Vincent, 1992) إن تربية الأطفال كل الأطفال وتنشئتهم التنشة الصحيحة مسئولية كبيرة ومهمة صعبة وشاقة. وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للأطفال العاديين وهو حقاً كذلك، فإن تربية الطفل المعوق أكثر صعوبة وأكثر مشقة. وذلك لأن أسرة الطفل المعوق تواجه مشكلات وتتصدى لتحديات خاصة إضافة إلى تلك التي تواجهها الأسر جميعاً. فالإعاقة غالباً ما تنطوي على صعوبات نفسية ومادية واجتماعية وتربوية.

و يرى الباحث أن الأمهات العاملات أكثر عبئاً من غيرهن في حالة العمل دون وجود طفل معاق، ولكن الطفل المعاق يكون أشد وطئاً على الأم العاملة وذلك لأن الطفل المعاق يحتاج إلى متابعة أكثر من قبل الأم وهو ما قد يشكل تعارضاً بين العمل وحاجة الطفل المعاق لأمه. إن الصعوبات التي تواجهها الأم العاملة كثيرة، فمن ضغوط العمل إلى ضغوط تدبير المنزل إلى الضغوط التي يشكلها وجود طفل معاق في الأسرة، كما أن تحقيق التوازن بين العمل والأسرة والمنزل ليس مسألة سهلة. إن الأم العاملة تعاني من التعب الجسدي والتعب النفسي وقلق المستقبل وضيق الوقت وقلة التواصل الاجتماعي.

إن خروج الأم للعمل وغيابها أكثر من (6) ساعات يومياً في أفضل الحالات يشكل فراغاً كبيراً قي المنزل ولدى الأطفال، كما أن تحملها لمشاكل العمل سواءً كان ذلك في الأمور الفنية والعملية أم كان في القضايا الإدارية والعلاقات الوظيفية مع العاملين يشكل هموماً تضاف إلى هموم حقوق الزوج والأبناء وغيرها علاوة على خصوصية حاجات الطفل المعاق.

كما يرى الباحث أنه وبسبب وجود مؤسسات محلية لتقديم خدمات تأهيل للأطفال المعاقين، ولطبيعة المجتمع الفلسطيني الذي يتشكل غالباً من الأسر الممتدة حيث وجود الجدة والأخت، وبفضل التحلي بالصبر والإيمان بقدر الله فإن الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى امهات أطفال ذوي متلازمة داون العاملات وغير العاملات لصالح غير العاملات جاءت في إطار المستوى المرتفع من الصحة النفسية لديهن جميعاً.

نتائج فرض الدراسة السادس:

ينص فرض الدراسة السادس على ما يلي:

"**لا** توجد فروق عند مستوى دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير مدة الالتحاق بخدمات التأهيل (أقل من عام، 1–2 عام، أكثر من عامين)".

ولاختبار صحة الفرض السادس قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي One Way Analysis Of Variance "ANOVA" وذلك للتعرف على دلالة الفروق بين مستويات المتغير الثلاث والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (5.34)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب مدة الالتحاق بخدمات التأهيل

البعد	مدة الالتحاق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقياس ككل	أقل من عام	99	2.55	0.25
	1-2 عام	89	2.52	0.25
	أكثر من عامين	273	2.60	0.22
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (5.35)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لمدة الالتحاق بخدمات التأهيل

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	0.62	2	0.311	5.872**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	24.26	458	0.053		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

يتضح من الجدول السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.01$) في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير مدة الالتحاق بخدمات التأهيل.

وللتعرف على مصدر الفروق تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية Scheffe Post Hoc Test وذلك للتعرف على وجهة الفروق بين المستويات الثلاثة للمتغير والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (5.36)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير مدة الالتحاق بخدمات التأهيل

البعد	مدة الالتحاق	فروق المتوسطات	
		1-2 عام	أكثر من عامين
المقياس ككل	أقل من عام	-0.889**	-
	1-2 عام		-

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (∝= 0.01) بين استجابات الأمهات اللاتي التحقن بمركز التأهيل قبل (أقل من عام) والأمهات اللاتي التحقن بمركز التأهيل خلال المدة (1-2 عام) لصالح الأمهات اللاتي التحقن بمركز التأهيل خلال المدة (1-2 عام).

مناقشة وتفسير نتائج الفرض السادس:

يرى الباحث أن خدمات الإرشاد والتوجيه والتأهيل المقدمةلأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون وأطفالهن في قطاع غزة لها أثر إيجابي على مستوى الصحة النفسية للأمهات مع زيادة فترة الالتحاق بالخدمات، حيث إنها تلبي حاجات أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في الدعم النفسي والتثقيف حول الإعاقة وكذلك لها أثر إيجابي على نمو الطفل المعاق بشكل عام وتحسن حالته مع زيادة مدة تلقيه هذه الخدمات، كما أن هذه الخدمات تتمتع بالشمولية والتكامل من حيث كونها تقدم لجميع الأعمار وجميع المستويات وتشمل تقريباً على معظم الخدمات المطلوبة مثل الإرشاد والتوجيه والعلاج النفسي والسلوكي، والخدمات الاجتماعية، والرعاية الطبية، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج النطق ومشاكل الكلام، وفحص ومتابعة السمع، وتنمية القدرات، والعناية بالذات، والأنشطة الترفيهية، والتأهيل الأكاديمي، والدمج المدرسي، والتأهيل المهني، التشغيل وإيجاد فرص العمل، والدمج المجمعي وغيرها.

يقول (الزغبي : 2003، 142–143) "يعد الطفل المعوق عقلياً أكثر فئات المجتمع احتياجاً للرعاية التربوية والنفسية والاجتماعية، حيث إن ذلك ضرورة إنسانية واجتماعية لمساعدته على تنمية مهارات مناسبة تساعده على حسن التوافق مع المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه. ولذلك لا بد من تنمية حواس المعوق عقليا وتوجيهها لاستخدامها بشكل مناسب وتنمية إدراكه الحسي وفقاً لخطة عملية مدروسة، وتدريبه على عملية الفهم من خلال تقديم المدركات التي يألفها بشكل حسي. كما لا بد من تدريب قدراته اللغوية، وتعليمه المهارات الأساسية للقراءة والكتابة والحساب، وتدريبه على مهارات العناية بالذات والعادات الصحية، وتدريبه على آداب السلوك الاجتماعية، وتنمية الجانب الأخلاقي والديني عنده، وتدريبه أيضاً على المهارات اليدوية اللازمة للقيام ببعض الأعمال التي يمكن أن يقوم بها، وتنمية دوافعه وحاجاته بما ينبغي. كما لا بد من الاهتمام بصحته النفسية، وتنمية ثقته بنفسه، فكثير ما يوجد الاضطراب النفسي أو سوء التوافق الشخصي مصاحباً للتخلف العقلي. ولهذا لا بد من مساعدة المعاق على فهم ذاته، وتغير وجهة نظره عن نفسه وعن الآخرين وعن البيئة المحيطة به لتحقيق وجوده في المجتمع الذي يعيش فيه. كما لا بد من مساعدته على فهم دوافعه، والتوافق مع واقعه. وهذا يتطلب منا أن نتقبل المعاق عقلياً، ونعامله بهدوء دون استخدام العنف، ومساعدته على أن يهتم بنفسه وبمجتمعه، وأن يكون له جماعة رفاق، ونساعده على تنمية ما عنده من استعدادات ومهارات. كما يتوجب على المؤسسات الاجتماعية وخاصة الأسرة والمدرسة

أن تعمل على تقبل المعاق عقلياً كإنسان له حقوقه، ويمكن أن يساهم بما لديه من امكانيات في تقبل المجتمع.

و قد اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة كل من (شلح : 2008) و(منذر : 2006) و (عبدات : 2004) و(كامل : 2006) و(فاربر : 1959) والتي أكدت وجود مستوى رضا عالٍ لدى الأمهات والآباء عن الخدمات المقدمة من قبل مؤسسات وبرامج تأهيل المعاقين وذلك بعد تلقيهم خدمات هذه البرامج والمؤسسات.

خلاصة:-

من خلال عرض النتائج السابقة يتضح لدى الباحث ما يلي:

-أن مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون المستفيدين من خدمات جمعية الحق في الحياة في قطاع غزة كبير جداً، وهذا يعتبر بصفة عامة شيئاً له أهمية كبيرة حيث إن أفراد العينة من أمهات المعاقين يتعرضن لضغوط متعددة ومتنوعة ولظرف خاصة نتيجة لوجود طفل معاق في أسرهن، وأن الطفل المعاق يتطلب منهن قدرة على إدارة حياتهن الزوجية والأسرية وتوافقهن وتكيفهن مع متطلبات الحياة الجديدة بوجود طفل معاق فيها وكذلك توفير احتياجات الطفل المعاق الخاصة، ويعزو الباحث ذلك إلى أن:

* مجتمع الدراسة الذي مثل عينة الدراسة يتلقون خدمات الإرشاد والتأهيل من خلال جمعية الحق في الحياة في قطاع غزة.

* مستوى التدين لدى أفراد العينة مرتفع والذي يعكس مستوى مرتفعاً أيضاً من الصحة النفسية والتوافق الزواجي.

* قدرة أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون على التوافق والتكيف مع أطفالهن المعاقين مستمدين بذلك الدعم من مبادئ الدين الإسلامي الحنيف وخصوصاً الإيمان بقضاء الله وقدره.

* العدد الكبير لأفراد الأسرة (الأبناء) قد يشكل أيضاً تعويضاً عن مصاب الأم والأسرة بطفلها المعاق.

* زيادة الوعي المجتمعي بالإعاقة وكيفية التعامل معها ووجوب مساعة المعاقين.

* خدمات التأهيل المقدمة من خلال جمعية الحق في الحياة تعطي نتائج جيدة على صعيد تأهيل الأطفال ذوي متلازمة داون وتحقيق اعتمادهم على أنفسهم ودمجهم في المجتمع المحلي.

* وجود نماذج وعينات ناجحة من ذوي متلازمة داون الذين تلقوا خدمات التأهيل من خلال جمعية الحق في الحياة والذين انخرطوا في الحياة المجتمعية بصورة شبه عادية.

* كثرة الشدائد والمصائب التي يمر بها المجتمع الفلسطيني وخصوصاً الأمهات منحتهن قدرة أفضل للتغلب على الضغوط والتكيف مع الإعاقة.

* تعاون الزوجين والأسرة بشكل عام وتحملهم المسئولية المشتركة تجاه الطفل المعاق.

التوصيات والمقترحات:

في ضوء النتائج السابقة للدراسة فقد رأى الباحث أن يضع توصياته ومقترحاته والتي قد يستفيد منها صناع القرار وولاة الأمر ومقدمو الخدمة والقائمون على مؤسسات التأهيل وذوو متلازمة داون وهي كما يلي:

أولاً: التوصيات:-

يوصي الباحث بالأمور التالية:

1. استمرار تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه وخدمات التأهيل لأمهات ذوي متلازمة داون وأطفالهن المعاقين من خلال جمعية الحق في الحياة.
2. دعم ومساندة جهود جمعية الحق في الحياة الهادفة لتقديم خدمات الإرشاد والتوجيه والتأهيل والحماية لذوي متلازمة دوان ولأسرهم.
3. توسيع خدمات الإرشاد والتوجيه والتأهيل المقدمة من خلال جمعية الحق في الحياة لتشمل جميع أفراد الأسرة وخصوصاً الآباء.
4. إطلاق المزيد من البرامج والمشاريع الهادفة إلى تحسين مستوى الصحة النفسية لأسر المعاقين وخصوصاً للمناطق النائية والبعيدة عن أماكن الخدمات المتوفرة.
5. إطلاق المزيد من البرامج والمشاريع الهادفة إلى تأهيل وحماية المعاقين وخصوصاً في الأماكن التي تفتقر إلى مثل هذه الخدمات.
6. زيادة الدعم المادي لأمهات وأسر المعاقين وذلك للمساعدة في تغطية النفقات المالية التي تزداد بسبب الإعاقة وبالتالي التخفيف من الضغوط المالية التي تؤثر على الصحة النفسية.
7. الاهتمام ببرامج الإرشاد النفسي المبني على الأسس الدينية "الإسلامية" واستخدام مفاهيم الإيمان والعبادة في تحسين مستوى الصحة النفسية.

8. تشجيع الأمهات والآباء على المشاركة في البرامج الإرشادية وتلقي خدمات التأهيل اللازمة لأطفالهم.
9. تشجيع وزارة الصحة على تسجيل ورصد حالات إنجاب الأطفال ذوي متلازمة داون لتحديد نسبة انتشار وشيوع الإصابة في المجتمع الفلسطيني وتحديداً قطاع غزة.
10. العمل على إجراء الفحوصات الطبية اللازمة لجميع المصابين بمتلازمة داون بعد الولادة مباشرة من خلال المختبرات المتخصصة لتحديد أنواع متلازمة داون لديهم.
11. العمل على إجراء الفحوصات اللازمة للأمهات والآباء الذين سبق لهم إنجاب أطفال بمتلازمة داون لتأمين عمليات الإنجاب مستقبلاً.
12. العمل على الاكتشاف المبكر لذوي متلازمة داون ودمجهم في الخدمات المقدمة لهم.
13. تشجيع الباحثين في البيئة الفلسطينية لتناول شريحة المعاقين وأسرهم والبحث في مجال تطوير الخدمات المقدمة لهم.
14. تأسيس قاعدة بيانات خاصة بالمصابين بمتلازمة داون وأسرهم في قطاع غزة.
15. تشجيع دمج واحتواء ذوي متلازمة داون في المجتمع المحلي وتشغيلهم ضمن مؤسساته.
16. العمل على تطبيق القوانين والأنظمة المحلية وتبني القوانين والأنظمة الدولية التي تدافع عن حقوق ذوي متلازمة داون.
17. العمل على إصدار القوانين اللازمة لحماية ذوي متلازمة داون، والدفاع عن حقوقهم.
18. تفعيل دور الإعلام المرئي والمسموع والمقروء في نشر الوعي حول متلازمة داون.

ثانياً: المقترحات:

يقترح الباحث القيام بالأبحاث والدرسات المتعلقة بمتلازمة داون ومنها:

1. دراسة مقارن بين الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون وأمهات أطفال عاديين.
2. دراسة مقارن بين الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون وأمهات أطفال لديهم إعاقات أخرى.
3. أثر برنامج علاج الكلام واللغة على تطوير القدرات اللغوية والنطقية لذوي متلازمة داون.
4. مستوى الكفاءة المهنية لدى العاملين في تأهيل ذوي متلازمة داون.
5. مسح ميداني شامل لذوي متلازمة داون في قطاع غزة.
6. مسح ميداني شامل للعيوب الجسمانية التي يعاني منها ذوو متلازمة داون في قطاع غزة.
7. مستوى الرضا الوظيفي للعاملين في تأهيل ذوي متلازمة داون في جمعية الحق في الحياة.
8. مستوى رضا أولياء أمور المستفيدين من خدمات جمعية الحق في الحياة.
9. مدى فعالية برنامج الدمج المدرسي لأطفال ذوي متلازمة داون في المدارس العادية في قطاع غزة.
10. مدى فاعلية برنامج دمج أطفال ذوي متلازمة داون ضمن رياض الأطفال العاديين في جمعية الحق في الحياة.
11. مدى تقبل المؤسسات والشركات المحلية إدماج ذوي متلازمة داون للعمل فيها.

المصادر والمراجع : –

أولاً : المصادر:

1. **القرآن الكريم**

ثانياً : المراجع:

المراجع بالعربية

2. إبراهيم، نجلاء وعبد الحميد، هالة (2007): **الفروق بين أداء أفراد متلازمة داون والأطفال العاديين في الاسترجاع لمهمة التشابه الصوتي والكلمات عديمة المعنى في الذاكرة قصيرة المدى**، مجلة كلية التربية جامعة بنها، المجلد 17، العدد 70، إبريل 2007، بنها، مصر.
3. ابن الجوزي، أبو الفرج عبد الرحمن ابن علي (بدون): **سيرة عمر بن عبد العزيز**، ط(بدون)، مطبعى الإمام، القاهرة، مصر.
4. ابن باز، عبد العزيز وابن عثيمين، محمد وابن جبرين، عبد الله (1997): **اللؤلؤ الثمين من فتاوى المعاقين**، الجزء الأول، ط1، دار الصميعي للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
5. ابن باز، عبد العزيز وآخرون (1998): **اللؤلؤ الثمين من فتاوى المعاقين**، الجزء الثاني، ط1، دار الصميعي للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
6. ابن خزيمة، محمد ابن اسحاق (1971): **صحيح ابن خزيمة**، تحقيق : محمد ناصر الدين الألباني، ط (1)، المكتب الإسلامي، بيروت، لبنان.
7. ابن كثير، الحافظ عماد الدين أبي الفداء إسماعيل (1995): **إرشاد الفقيه إلى معرفة أدلة التنبيه**، تحقيق : بهجة يوسف أبو الطيب، ط (1)، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.
8. ابن كثير، الحافظ عماد الدين أبي الفداء إسماعيل (1997): **البداية والنهاية**، تحقيق : عبد الله ابن عبد المحسن التركي، ط(1)، دار هجر، القاهرة، مصر.
9. أبو إسحاق، سامي وأبو نجيلة، سفيان (1997): **محاضرات في الصحة النفسية**، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

10.أبو العزائم، جميل (1994): **القرآن والصحة النفسية**، ط1، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية، القاهرة، مصر.
11.أبو العمرين، ابتسام (2008): **مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم**، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
12.أبو حطب، فؤاد وصادق، آمال (1980): **علم النفس التربوي**، ط2، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
13.أبو حويج، مروان والصفدي، عصام (2001): **مدخل إلى الصحة النفسية**، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
14.أبو داود، سليمان بن الأشعث أبو داود الجستاني (1968): **السنن**، تحقيق : عزت بن الدعاس، ط (1)، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
15.أبو شهبة، هناء (2007): **السنة النبوية وتوجيه المسلم إلى الصحة النفسية**، مؤتمر السنة النبوية والدراسات المعاصرة 18 إبريل 2007، كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
16.أبو شهبه، هناء يحيى (2003): **الصحة النفسية للطفل**، دار الفكر العربي، القاهرة.
17.أبو لبدة، سبع (1982): **مبادئ القياس النفسي والتقويم التربوي**، ط3، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
18.أبو موسى، سمية محمد (2008): **التوافق الزواجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعاقين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
19.أبو هين، فضل (1997): **الصحة النفسية : دراسة للصحة النفسية في فلسطين**، غزة.
20.أحمد، بن حنبل (بدون): **المسند**، تحقيق : أحمد بن محمد شاكر، ط (بدون)، دار الجيل، بيروت، لبنان.
21.الأصبهاني، أبو نعيم أحمد بن عبد الله (2002): **حلية الأولياء وطبقات الأصفياء**، تحقيق: مصطفى عبد القادر عطا، ط (2)، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
22.الأغا، إحسان (1997): **البحث التربوي "عناصره، مناهجه، أدواته"** ، ط1، مطبعة المقداد، غزة.

23.الألباني، محمد ناصر الدين (1979): **إرواء العليل في تخريج أحاديث منارالسبيل**، ط (1)، المكتب الإسلامي، بيروت، لبنان.

24.الألباني، محمد ناصر الدين (1987): **صحيح الجامع الصغير وزيادته**، ط (3)، المكتب الإسلامي، بيروت، لبنان.

25.الببلاوي، إيهاب (2004): **توعية المجتمع بالإعاقة "الفئات – الأسباب – الوقاية"**، ط1، ص53، مكتبة دار الرشد، الرياض.

26.البخاري، محمد بن إسماعيل (1980): **الجامع الصحيح المسند من حـديث رسـول الله وسننه وأيامه**، تحقيق : محب الدين الخطيب، ط (1)، المكتبة السلفية، القاهرة، مصر.

27. بخش، أميرة طه (2002): **الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية**، مجلة دراسات، المجلد 29، العدد (2 : 2002)، ص ص 215–237، جدة، المملكة العربية السعودية.

28.بخش، أميرة طه (2003) **دور الأسرة في مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة**، لقاء التربية الخاصة "رؤى وتطلعات" 2003، كلية التربية، جامعة أم لقرى، مكة المكرمة المملكة العربية السعودية.

29.بخش، أميرة طه (2004): **أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية**، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 8، العدد 3، ص ص 13–35، كلية التربية، جامعة البحرين، البحرين.

30.بطرس، حافظ بطرس (2007): **إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم**، ط1، دار المسيرة للنشر، عمان، الأردن.

31.البيهقي، أحمد بن الحسين (1993): **السنن الكبري**، ط (بدون)، دار المعرفة، بيـروت، لبنان.

32.البيهقي، أحمد بن الحسين (2003): **شعب الإيمان**، تحقيق: حمدي الـدمرداش محمـد العدل، ط (1)، دار الفكر، بيروت، لبنان.

33.الترمذي، محمد بن عيسى بن سورة (بدون): **الجامع الصحيح "سنن الترمذي"**، تحقيق : أحمد بن محمد شاكر، ط (بدون)، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.

34.جودة، سهير حسين (2009): **برنامج إرشادي مقترح لتعزيز التوافق الزواجي عن طريق فنيات الحوار**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

35.الحسين، أسماء عبد العزيز (2002): **المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط1، عالم الكتب، الرياض، المملكة العربية السعودية.

36.الحنبلي، عبد الرحمن ابن رجب (1991): **لطائف المعارف فيما لمواسم العام من الوظائف**، ط (6)، دار ابن كثير، بيروت، لبنان.

37.الحنبلي، عبد الرحمن بن رجب (1990): **جامع العلوم والحكم في شرح خمسين حديثاً**، تحقيق : شعيب الأرناؤوط، ط (1)، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.

38.الخطيب، جمال (2009): **استراتيجيات إرشاد وتدريب ودعم أسر الأطفال المعوقين**، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

39. الخطيب، جمال والحديدي، منى (1998): **التدخل المبكر مدخل في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

40.الخطيب، جمال والحديدي، منى (1998): **التدخل المبكر مدخل في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**، ط3، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

41.الخطيب، جمال والحديدي، منى (2005): **استراتيجيات تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة**، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.

42.الخطيب، جمال والحسن، محمد (2000): **حاجات أولياء أمور الأطفال المعوقين في الأردن**، مجلة دراسات، العدد 27، ص ص 1–16، عمان، الأردن.

43.الخطيب، محمد جواد (2006): **الإرشاد النفسي والصحة النفسية في الإسلام**، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.

44.الداهري، صالح (2005): **مبادئ الصحة النفسية**، ط1، دار وائل، عمان، الأردن.

45. دويدار، عبد الفتاح (1998): **قياس فاعلية استرتيجية للإرشاد النفسي لذوي المعاق عقليا** ، مجلد بحوث المؤتمر السنوي الثالث " التربية لذوي الحاجات الخاصة " الذي عقد بكلية التربية جامعة المنوفية بشبين الكوم (18–19 يوليو)، ص ص 123–163، المنوفية، مصر.

46.رضوان، سامر (2007): **الصحة النفسية**، ط2، دار المسيرة، عمان، الأردن.

47.الرفاعي، نعيم (1986): **الصحة النفسية "دراسة في سيكولوجية التكيف**، مطبعة جامعة دمشق، سوريا.

48.الزبيدي، كامل علوان (2000): **الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة**، أطروحة دكتوراة، كلية الآداب، جامعة بغداد. العراق.

49.الزبيدي، كامل علوان والهزاع، سناء مجول (1997): **بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة** . مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد (22)، الجامة المستنصرية، بغداد، العراق.

50.الزغبي، أحمد (2003) **التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم**، ط1، دار الفكر، دمشق، سوريا.

51.زهران، حامد (1997): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

52.زهران، حامد (1974): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط1، عالم الكتب، القاهرة.

53.زهران، حامد (1978): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

54.زهران، حامد (1980): **التوجية والإرشاد النفسي**، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

55.زهران، حامد (1998): **التوجية والإرشاد النفسي**، ط3، عالم الكتب، القاهرة.

56.زيارة، فريد فرج (2009): **منهج القرآن في تحقيق الصحة النفسية للانسان**، رسالة ماجستير غير منشورة، الدراسات العليا، كلية أصول الدين، الجامعة الاسلامية، غزة.

57.السخاوي، محمد ابن عبد الرحمن (1993): **المقاصد الحسنة في بيان كثير من الأحاديث المشتهرة على الألسنة**، تحقيق : محمد عثمان الخشت، ط (2)، دار الكتاب العربي، القاهرة، مصر.

58.السرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل (1998): **الإعاقات الجسمية والصحية**، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.

59.سري، إجلال (2000): **علم النفس العلاجي**، ط2، ص28، عالم الكتب، القاهرة.

60.سليجمان ودارلنج (2001): **إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة**، ترجمة: إيمان فؤاد كاشف، ط1، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

61.سمين، زيد بهلول (1997): **الأمن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية**، أطروحة دكتوراة، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.

62. السويد، عبد الرحمن (2009): **متلازمة داون "المرجع البسيط الذي لا غنى عنه لكل أسرة"**، ط1، جمعية الحق في الحياة، غزة.
63. الشخص، عبد العزيز والسرطاوى، زيدان (1998): **الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين وأساليب مواجهتها (دراسة ميدانية)**، مركز البحوث التربوية، (ب)، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
64. الشخص، عبد العزيز والسرطاوى، زيدان (1998): **دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية**، بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية من 8 – 10 ديسمبر، المجلد الثاني، ص ص55 – 81، (أ)، القاهرة.
65. الشربينى، زكريا (2004): **طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات تعريف وتشخيص**، ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة.
66. شعيب، علي (1991): **دراسة لمشاعر القلق والعصابية لدى الأمهات لأطفال معوقين وغير معوقين**، المؤتمر السنوى الرابع للطفل المصرى من 27–30 أبريل 1991، المجلد الثانى، ص ص 1039–1051 ، القاهرة، مصر.
67. شلح، لبنة (2008): **تقييم خدمات برنامج التدخل المبكر المقدم لأطفال ذوي متلازمة داون في جمعية الحق في الحياة من وجهة نظر الأهل**، رسالة ماجستير في علوم التأهيل غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
68. الشناوي، محمد محروس (1997): **التخلف العقلي "الأسباب – التشخيص – البرامج"**، ط1، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
69. الشناوي، محمد محروس (2001): **بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي**، موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي، ط2 ، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
70. الشيخ خليل، جواد (2003): **الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة**، رسالة ماجستير، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة، مصر.
71. صالح، شيرين صبحي (2002) **فاعلية برنامج بورتج للتنمية الشاملة للطفولة المكبرة في زيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة**، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

72.الصبي، عبد الله محمد (2000): **متلازمة داون "سلسلة التوعية الصحية"**، ط1، دار الزهراء، الرياض، السعودية.

73.الطبري، محمد بن جرير (1967): **تاريخ الطبري "تاريخ الرسل والملــوك"**، تحقيــق : محمد أبو الفضل إبراهيم، ط (2)، دار المعارف، القاهرة، مصر.

74.طعيمة، فوزي والبطش، محمد (1984): **اتجاهات ومفاهيم الوالدين حول الإعاقة العقلية بالأردن**، دراسات (العلوم الاجتماعية والتربية) مجلة الجامعة الأردنية، المجلد (11)، العدد (6)، ربيع الأول 1405 هــ / كانون الأول 1984م، ص ص 9-41، عمان، الأردن.

75.عبد الرحيم، فتحي السيد وبشاي، حليم السعيد (1988): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة**، ط2، الجزء الأول، دار القلم، الكويت.

76.عبدات، روحي (2004): **مستوى رضا أولياء أمور المعوقين عن خدمات التأهيل المهني المقدمة لأبنائهم**، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الشارقة، الإمارات.

77.العبري، وليد حسن (2003): **دراسة لبعض مظاهر النمو عند أطفال متلازمة داون مقارنة بنظرائهم من المتخلفين عقلياً**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، مجال الدراسات التربوية، جامعة الخليج العربي، البحرين.

78.عبيد، ماجدة بهاء الدين (2007): **الإعاقة العقلية**، ط2، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

79.عبيدات، سليمان (1988): **القياس والتقويم التربوي**، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

80.العريض، شيخة سالم (2003): **الوراثة ما لها وما عليها: سلسلة الأمراض الوراثية**، ط1، دار الحرف العربي للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

81.عكاشة، أحمد (1998): **الطب النفسي المعاصر**، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

82.عودة، أحمد (2002): **القياس والتقويم في العملية التدريسية**، ط2، دار الأمل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

83.عودة، محمد ومرسي، كمال (1986): **الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام،** ط2، دار القلم، الكويت.

84.العيد، فقيه (2005): **أهمية الصحة النفسية للطالب الجامعي** "**دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب جامعة تلمسان –الجزائر**" مجلة جامعة دمشق – المجلد(23) العدد الثاني 2007 ، ص ص 273–298، دمشق، سوريا.

85.العيسوي، عبد الرحمن (2001): **الإسلام والصحة النفسية "دراسة نفسية"**، ط1، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.

86.غريب، عبد الفتاح غريب (1999): **علم الصحة النفسية،** ط1، مكتبة الأنجلو، القاهرة.

87.الغزالي، محمد (1980): **خلق المسلم،** ط2، دار القلم، دمشق، سوريا.

88.الغزالي، محمد (1997): **فقه السيرة،** تحقيق : محمد ناصر الدين الألباني، ط (7)، دار القلم، بيروت، لبنان.

89.فهمي، مصطفى (1995): **الصحة النفسية "دراسات في سيكولوجيا التكيف"**، ط3، ص16، مكتبة ومطبعة الخانجي، القاهرة.

90.فوزي، إيمان (2000)، **في الصحة النفسية،** ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

91.القذافي، رمضان محمد (1998): **الصحة النفسية والتوافق،** ط3، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

92.القرضاوي، يوسف (1975): **العبادة في الإسلام،** ط4، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.

93.القرضاوي، يوسف (1978): **الإيمان والحياة،** الطبعة السادسة، مكتبة وهبة، القاهرة.

94.القرطبي، أبو عبد الله محمد ابن أحمد ابن أبي بكر (2006): **الجامع لأحكـــام القـــرآن،** تحقيق : عبد الله ابن عبد المحسن التركي، ط (1)، مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.

95.القريطي، عبد المطلب (1999): **الإرشاد النفسي لآباء وأسر المتخلفين عقلياً،** ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ص ص 41–70، جامعة الخليج العربي، البحرين.

96.القريطي، عبد المطلب أمين (1998): **في الصحة النفسية،** ط1 ، دار الفكر العربي، القاهرة.

97.القمش، مصطفى (1994): **مشكلات الأطفال المعوقين عقليا داخل الأسرة،** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية. عمان.

98.قنديل، شاكر (1996): **الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقلياً ومسئولية المرشد النفسي "دراسة تحليلية"**، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي "الإرشاد النفسي في عالم متغير"، من 25–27 ديسمبر 1995، جامعة عين شمس، ص ص 625 –642، مصر.

99.قنطار، فاير (1992): **الاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بمخاوف الذات لدى الأطفال،** ط1، دار الشروق، عمان، الأردن.

100. القوصي ، عبد العزيز (1975): **أسس الصحة النفسية،** ط9، دار النهضة العربية، القاهرة.

101. كاشف، إيمان فؤاد (2000): **دراسة لبعض الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية،** مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (36)، ص ص 199–253، الزقازيق، مصر.

102. كامل، وحيد مصطفى (2006): **فعالية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى الأمهات المسيئات لأطفالهن المعاقين عقليا،** مجلة دراسات نفسية، المجلد (15) الجزء الثاني، ص ص 231–262، مصر.

103. كحيل، عماد (2002): **تأثير العنف السياسي على الصحة النفسية للمرأة الفلسطينية،** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأقصى ، غزة، فلسطين.

104. كفافي، علاء الدين (1997): **الصحة النفسية،** ط4 ، دار هجر، القاهرة.

105. كوافحة، تيسير ويوسف، عصام (2007): تربية الأفراد غيرالعاديين في المدرسة والمجتمع، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.

106. اللدعة، إيمان (2002): **التوافق الزواجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى معلمي ومعلمات القطاع الحكومي في محافظات غزة،** رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

107. محمد، خالد حامد (1997): **معدلات حدوث الطرز الشكلية المتخلفة المصاحبة لمتلازمة داون ومدى تأثيرها على درجة استجابة الأطفال الداون لبرامج التدخل المبكر،** رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

108. مرسي، سيد عبد الحميد (1983): **النفس المطمئنة،** ط1، مكتبة وهبة، القاهرة.

109. مرسي، كمال إبراهيم مرسي (1996) **مرجع في التخلف العقلي**، ط1، دار القلم، الكويت.

110. مسلم، مسلم بن الحجاج (1953): **صحيح مسلم "المسند الصحيح المختصر من السنن بنقل العدل عن العدل عن رسول الله ﷺ**، تحقيق : محمد بن فؤاد عبد الباقي، ط (1)، دار إحياء الكتب العربية، القاهرة، مصر.

111. المطيري، معصومة سهيل (2005): **الصحة النفسية "مفهومها .. اضطراباتها"**، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

112. مغاري، رائد (2005): **تأثر الإعاقة السمعية للأطفال على الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة**، رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، فلسطين.

113. منذر، وسام نسيب (2006): **مدى رضا أولياء الأمور عن الخدمات المقدمة لأطفالهم التوحديين في سوريا**، رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق. دمشق.

114. منظمة الصحة العالمية (2005): **تعزيز الصحة النفسية "المفاهيم_البيانات المستجدة_الممارسة"**، ص7، التقرير المختصر/ منظمة الصحة العالمية "المكتب الإقليمي لشرق المتوسط"، شركة تشوسكي، القاهرة.

115. موسى، سمية (2008): **التوافق الزواجي و علاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعاقين**، رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

116. **مؤسسة داون سندروم (2001): نحو غد مشرق لأولادنا ذوي الإحتياجات الخاصة، لست وحدى فى هذا العالم "كيف نساعد أولادنا حاملى متلازمة داون"**، الجزء الرابع التدخل المبكر، ترجمة المجوعة الاستشارية لنظم المعلومات والإدارة، القاهرة.

117. نجاتي، محمد عثمان (1987): **القرآن وعلم النفس**، ط3، دار الشروق، القاهرة.

118. نجاتي، محمد عثمان (1989): **الحديث النبوي وعلم النفس**، ط1، دار الشروق، القاهرة.

119. نجاتي، محمد عثمان (2002): **الحديث النبوي وعلم النفس**، ط2، دار الشروق، القاهرة.

120.وشاحي، سماح نور (2003): **التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعرض متلازمة داون "دراسة ارتقائية**، رسالة ماجستير، معهد البحوث التربوية، جامعة القاهرة.

121. يوسف، محمد وبورسكي، ياروسواف (2001): **متلازمة داون "حقائق وإرشـــادات"**، ط1، مدينة الشارقة للخدمات الانسانية، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.

ثانياً : المراجع بالإنجليزية:

122. Alice, S. (1994): **Attitudes towards parent empowerment in early intervention: the role of parents and professional**, Dissertation Abstracts International, Vo1 55, No. 5, p 1241 –A.

123. Atkinson L., Scott B., Chisholm V., Blackwell J., Dickens s., Tam F., Goldber S. (1995): **Cognitive Coping, Affective Distress, and Maternal Sensetivity: Mothers of Children with Down Syndrome**, Developmental Psychology, Vol. 31(4), pp 668-676, APA, U.S.A.

124. Baraitser & Winter RM (1996): **Chromosomal Disorders in "Color Atlas of congenital malformation syndrome**, pp 1-2, Mosby-Wolfe, London.

125. Berglund E., Eriksson M. (2001): **Parental Reports of Spoken Language Skills in Children with Down Syndrome**, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol.44, pp 179-191, ASHA, Texas, U.S.A.

126. Bower, A. and Hayes, A: (1994): **Short-term memory deficits and Down's syndrome: A comparative study**, *Down's syndrome: Research and Practice*, vol. (2), pp 47-50.

127. Comblain, A. (1999): **The relevance of a non-word repetition task to assess phonological short-term memory in individuals with Down Syndrome**. *Down Syndrome: Research and Practice,* Vol. 6, No. 2, pp 76-84, Down Syndrome Education International, UK.

128. Condell, JF. (1966): **Parental Attitudes Toward Mental Retardation,** American Journal of Mental Deficiency. Vol. 71, No. 1, pp 85-92, NIH, USA.

129. Desselle, DD. (1994): **Self-esteem, family climate, and communication patterns in relation to deafness,** Am Ann Deaf. Vol. 139, No. 3, pp 322-328, National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA.

130. Farber, B. (1959): **Effects of a Severely Mentally Retarded Child on family integration,** Monographs of the Society For Research in Child Development, Vol. 24, No. 2, pp 5-108, Illinois, USA.

131. Harpham, Trudy, Sharon Huttly, Mary J. De Silvaand, Tanya and Abramsky (2005): **Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries,** Journal of Epidemiology and Community Health. (59): pp 1060-1064

132. Hassold, Terry J. & Patterson, David (1999): **Down Syndrome "A promising Future, Togther"** , 1st. edition, A John Wiley & Sons, INC., New York, U.S.A.

133. Hersen, Michel & Ammerman, Robert (2000): **Advanced Abnormal Child Psychology,** 1St. edition, Lawrence Erlbaum Associates, NJ 07430, U.S.A.

134. Hooshyar NT. (1999): **Realationship between Maternal Language Parameters and The Child's Language Compatancy and Developmental Condition,** International Journal of Rehabilitation Reaseach, Vol. 10, Issue 3, pp 321-323, Williams & Wilkins, Baltimore, MD 21202, U.S.A.

135. Mahoney G., Robinson C., Fewell R. R. (2001): **The Effect of Early Motor Intervention on Children with Down Syndreme or Cerebral Palsy,** Jornal of Developmental & Behavioral Pediatrics, Volume 22, Issue 2, pp 119-122, Williams & Wilkins, Baltimore, MD 21202, U.S.A.

136. Mikkelson M., Poulson H., Nielson KG. (1990): **Incidence, Survival and Mortality in Down Syndrome in Denmark,** Am. J. Med. Genet, Denmar.

137. Nicolosi L., Harryman E., & Kresheck J.(1989): **Terminology of Communication Disorders "Speech-Language –Hearing",** third edition, Williams & Wilkins, Baltimore, MD 21202, U.S.A.

138. Palisano R., Walter S., Russell D., Rosenbaum P., Galuppi B., Cunningham L. (2001): **Gross Motor Function of Children with Down Syndrome: Creation of motor growth Curves,** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Volume 82, Issue 4, pp 494-500, Elsevier B.V., Philadelphia, U.S.A.

139. Smith L., Tetzchner S. (1986): **Communicative, Sensorimotor, and Language Skills of Young Children with Down Syndrome,** American Journal of Mental Deficiency, Vol. 91, No.1, pp 57-66, U.S.A.

140. Sokolove J. (1992): **Linguistic Imitation in Children with Down Syndrome,** American Journal of Mental Retardation, Vol. 97(2), pp 209-221, American Psychological Association, U.S.A.

141. Thomas, Alison (2003): **Introducing Genetics "From Mendel to molecule",** 1st. edition, Nelson Thornes Ltd, Cheltenham, GL53 7TH, United Kingdom.

142. Ulrich DA., Ulrich BD., Angulo-Kinzler RM., Yun J., (2001): **Treadmill Training of Infants with Down Syndrome: Evidence-Based Developmental Outcomes,** Pediatrics, Vol. 108, No.5, p e84, American Academy of Pediatrics, U.S.A.

143. Vincent, L. (1992): **Families and Early Intervention.** Journal of Early Intervention, Vol. 16, pp 166-172, Journals on Line.

144. http://www.werathah.com موقع الوراثة

145. http://www.who.int/ar موقع منظمة الصحة العالمية

146. http://www.webmd.com/baby/chorionic-villus-sampling-cvs

147. http://www.nucleusinc.com

148. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003921.htm

149. http://www.dorar.net/enc/hadith موقع الدرر السنية " الموسوعة الحديثية"

ملحق رقم (1)

ملحق رقم (2)

أسماء السادة المحكمين

د. درداح الشاعر	جامعة الأقصـــى – قسم علــم النفس
د. فضل أبو هين	جامعة الأقصـــى – قسم علــم النفس
د. عون محيسن	جامعة الأقصـــى – قسم علــم النفس
د. جميل الطهراوي	الجامعة الإسلامية – قسم علــم النفس
د. أنور العبادسة	الجامعة الإسلامية – قسم علــم النفس
د. نبيل دخان	الجامعة الإسلامية – قسم علــم النفس
د. محمد الحلو	الجامعة الإسلامية – قسم علــم النفس
د. سمير قوتة	الجامعة الإسلامية – قسم علــم النفس
د. عبد الفتاح الهمص	الجامعة الإسلامية – قسم علــم النفس
د. محمد عليان	جامعة الأزهـــــر – قسم علــم النفس
د. أسامة حمدونة	جامعة الأزهـــــر – قسم علــم النفس

ملحق رقم (3)

الرسالة الموجهة للسادة المحكمين

الأستاذ الدكتور/ حفظه الله ورعاه

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ،،،

الموضوع : التكرم بتحكيم أدوات رسالة ماجستير

يقوم الباحث / محمد مصباح حسين العرعير بإعداد بحث لنيل رسالة الماجستير في علم النفس بعنوان "**الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون وعلاقتها ببعض المتغيرات**"

نرجو من سيادتكم التكرم بتحكيم الأداة المرفقة وإبداء الملاحظات بالحذف أو التعديل أو غيرها والأداة المرفقة هي:

- **استبانة الصحة النفسية (من إعداد الباحث)**

ملاحظة /

يعرف الباحث **الصحة النفسية للأم** أنها " قدرة الأم على التغلب على الضغوط النفسية الناتجة عن إنجاب طفل بمتلازمة داون واستخدام إمكاناتها للتكيف مع هذه الحالة والقدرة على الانتاجية في الحياة وتمتعها بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية وشعورها بالرضى وذلك حسب النتيجة التي تحصل عليها على مقياس الصحة النفسية.

و تفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

الباحث / محمد مصباح العرعير

الجامعة الإسلامية

الدراسات العليا

قسم علم النفس

ملحق رقم(4)

مقياس الصحة النفسية في صورته الأولى

عزيزتي الأم :

بين يديك مجموعة من الفقرات، يرجى الإجابة عليها بصورة عفوية وكما تشعري بالفعل، ليس هناك جواب صحيح وآخر خاطىء .. فلا تفكري بالأجابة الأحسن، **مع جزيل الشكر**.

الرقم	العبارة	موافق	محايد	لا أوافق
	البعد الروحي			
	أكثر من ذكر الله كلما تذكرت إعاقة ولدي			
2.	أنا راضية بما قدره الله لي			
3.	أشعر بالرضى أكثر كلما اقتربت من الله أكثر			
4.	أنا ملتزمة بصلاتي في وقتها			
5.	إيماني بالله الواحد يجعلني أقوى في مواجهة الشدائد			
6.	استذكر مع الآخرين حكمة الله في الابتلاء بالشدة			
7.	أشعر بأن طفلي هذا منحة من الله			
8.	أتواصى مع الأسرة والأصدقاء بالصبر وو الاحتساب			
9.	أشعر بأن مسؤوليتي تجاه طفلي المعاق واجب ديني			
10.	أنا واثقة بأن الله تعالى سيعينني في هذه المحنة			

البعد الاجتماعي				
11.	اسرتنا متماسكة وقوية			
12.	أشعر بأن الآخرين راضين عني			
13.	زياراتنا الاجتماعية للأصدقاء والجيران كالمعتاد			
14.	لازال الآخرين يتقبلونني			
15.	أشعر أن الآخرين يعتبرونني سبباً في إعاقة ولدي			
16.	هناك مواقف حياتية لا أرغب بالمشاركة فيها			
17.	أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين			
18.	أحاول أن أتصرف بطريقة ما حتى يتقبلني الآخرين			
19.	أشعر بالخوف من الأماكن الغريبة أو الناس الغرباء			
20.	اصطحب طفلي المعاق معي في الزيارات والمناسبات			
21.	أشعر أن الناس تنظر إليَ نظرة غريبة			
22.	أشعر أحياناً بالخجل من مقابلة الآخرين			
23.	من السهل اكتساب الأصدقاء بالنسبة لي			
24.	أظهر للآخرين بأنني سعيدة ولكنني غير ذلك			
25.	ليس لدي رغبة في الإنجاب بعد ذلك			
26.	أنا مطمئنة من مشاعر زوجي تجاهي			
27.	أخاف من أن يفكر زوجي بالزواج مرة أخرى			
28.	أنا مطمئنة من مشاعر أبنائي تجاهي			

29.	لا أرغب في مناقشة موضوع طفلي المعاق مع أحد			
البعد الجسماني				
30.	أشعر بالصداع الدائم			
31.	أشعر بالغثيان واضطرابات في المعدة			
32.	أشعر بضيق وصعوبة في النفس			
33.	أشعر بثقل وتنميل في أطرافي			
34.	أشعر بضعف عام في الجسم			
35.	أشعر بتشنج في عضلاتي			
36.	أشعر بدوخة واصفرار			
37.	أشعر بسخونة وبرودة في جسمي			
38.	أتمتع بصحة جيدة عموماً			
39.	أقوم بمهامي اليومية دون مشاكل جسدية			
البعد العقلي				
40.	توجد أفكار غريبة تراودني			
41.	أشعر بأن الآخرين يراقبونني في كل شيء			
42.	يطلع الآخرين على أفكاري الخاصة بسهولة			
43.	عندي أفكار غير موجودة عند الآخرين			
44.	أشعر بأن الأخرين لا يقدرون أعمالي			
45.	لدي شعور دائم بالوحدة حتى لو كنت مع الآخرين			

.46	أشعر بأن الآخرين يحاولون استغلالي			
.47	لدي مشكلة في داخلي "عقلي أو نفسي"			
.48	أعتقد بأن الآخرين يسيطرون على تفكيري			
.49	الآخرون يتحملون المسئولية عن مشاكلي			
.50	أنا لا أثق بالآخرين			
.51	أسمع أشياء لا يسمعها الآخرين			
البعد النفسي				
.52	أشعر بالسعادة في حياتي			
.53	أنا أستطيع حل مشكلاتي في الحياة			
.54	أشعر بأن عندي بعض المشكلات النفسية			
.55	أنا راضية عن نفسي رغم الأعباء الحياتية التي تواجهني			
.56	أنا احتاج إلى عيادة نفسية ولكنني أتردد في الذهاب إليها			
.57	أشعر باليأس والعجز في حياتي			
.58	تنتابني مشاعر بالقلق من المستقبل			
.59	أخشى من التكاليف المالية الباهظة			
.60	المصاريف المالية تسترعي إهتمامي أكثر شيء			
.61	أنا راضية عن نفسي ولكني لا أشعر بالسعادة			
.62	أنا قلقة من المستقبل			
.63	حياتي ذات قيمة لأن معنوياتي عالية ومرتفعة			

.64	الخوف يلازمني دائماً			
.65	القلق يسيطر على حياتي			
.66	أشعر بالحزن دائماً			
.67	أشعر بأنني محبطة دائماً			
.68	لا توجد صعوبات مادية في حياتي			
.69	اليأس يغلب علي بسرعة عندما أواجه أي مشكلة			
.70	حياتي تفتقر إلى الساعادة الحقيقية			
.71	أنا غير راضية عن نفسي لأنني مقصرة في واجباتي			
.72	أشعر بالحاجة المادية رغم الدخل المالي الجيد لنا			
.73	أعاني من الصداع أحياناً			
.74	تنتابني مشاعر بالضعف أحياناً			
.75	أتمنى الموت حتى استريح من متاعب الحياة			
.76	تنتابني نوبات من البكاء بسهولة			
.77	أوجه لنفسي الانتقادات دائماً			
.78	ليس لدي اهتمام بالأشياء من حولي			
.79	أعاني من صعوبة في التركيز			
.80	لدي احساس بأن الأمور لا تسير على ما يرام			

ملحق رقم(5)

استبانة الصحة النفسية في صورتها الثانية

الأم الفاضلة: **حفظها الله**

بين يديك مجموعة من الفقرات، يرجى الإجابة عليها بصورة عفوية وكما تشعرين بالفعل، مع العلم أنه ليس هناك جواب صحيح وآخر خاطىء .. **مع جزيل الشكر**.

الرقم	العبارة	غالباً	أحياناً	نادراً
البعد الروحي				
1.	أكثر من ذكر الله كلما تذكرت إعاقة ولدي			
2.	أشعر بالرضى عما قدره الله لطفلي المعاق			
3.	أحرص على الصيام ما لم يكن هناك محظور شرعي			
4.	طفلي المعاق جعلني أقرب إلى الضعفاء والمرضى			
5.	إيماني بالله الواحد يجعلني أقوى في مواجهة مصيبتي			
6.	استذكر حكمة الله في الابتلاء بطفلي المعاق			
7.	أحرص على قراءة القرآن ليزداد إيماني			
8.	أتواصى مع الأسرة بالصبر الجميل			
9.	أشعر بأن مسؤوليتي تجاه طفلي المعاق واجب ديني			
10.	أشعر بأن الله تعالى سيعينني لمساعدة طفلي المعاق			

.11	طفلي المعاق ابتلاء من الله			
.12	أحرص على تجنب الضجر والسخط من المصيبة			
.13	أبادر إلى فعل الخيرات			
.14	تذكر طفلي المعاق يقربني من الله			
.15	أشعر بالراحة النفسية عند قراءة القرآن			
البعد الإجتماعي				
.16	اسرتنا متماسكة وقوية رغم الطفل المعاق			
.17	أشعر بأن أسرتي راضية عني بعد ولادة الطفل المعاق			
.18	نقوم بالزيارات الإجتماعية كالمعتاد رغم إعاقة طفلي			
.19	زوجي يعتبروني سبباً في إعاقة ولدي			
.20	اصطحب طفلي المعاق معي في الزيارات والمناسبات			
.21	أبنائي يفخرون بي لمساعدتي طفلي المعاق			
.22	أشعر بالحرج من مقابلة الأصدقاء بسبب طفلي المعاق			
.23	أظهر للآخرين بأنني سعيدة ولكنني غير ذلك			
.24	أشعر بالقلق من الإنجاب بعد طفلي المعاق			
.25	أنا مطمئنة من مشاعر زوجي تجاهي			
.26	أخاف من أن يفكر زوجي بالزواج مرة أخرى			
.27	أنا مطمئنة من مشاعر أسرة زوجي تجاهي			
.28	أشعر بالحرج عند مناقشة موضوع طفلي المعاق			

29.	جيراني ينظرون إلى بإعجاب لصبري على طفلي المعاق			
30.	علاقتي بزوجي أقوى بعد إنجابي للطفل المعاق			
31.	زوجي يقدر جهدي مع طفلي المعاق			
32.	أشعر بأن الآخرين من حولي يحاولون مساعدتي			
	البعد الجسماني			
33.	أشعر بالصداع الشديد كلما فكرت في طفلي المعاق			
34.	أشعر بالغثيان واضطرابات في المعدة بسبب طفلي المعاق			
35.	أشعر بصعوبة في التنفس كلما جلست بجوار طفلي المعاق			
36.	أشعر بثقل وتنميل في أطرافي عندما أخدم طفلي المعاق			
37.	أشعر بضعف عام في الجسم عندما اتذكر طفلي المعاق			
38.	أشعر بتشنج في عضلاتي عندما أحمل طفلي المعاق			
39.	أشعر بدوخة واصفرار كلما نظرت إلى طفلي المعاق			
40.	أشعر بسخونة وبرودة في جسمي عندما أفكر في طفلي المعاق			
41.	أتمتع بصحة جيدة عموماً			
42.	أقوم بمهامي اليومية دون مشاكل جسدية			
43.	أجد صعوبة كبيرة في النوم بعد إنجابي لطفلي المعاق			
44.	أشعر بفقد الشهية للطعام بعد إنجابي لطفلي المعاق			
45.	أشعر بالحيوية والنشاط			
	البعد العقلي			

.46	استطيع أن أفكر بهدوء رغم مصيبتي في طفلي المعاق			
.47	أشعر بأن أفكاري قيمة لتلبية احتياجات طفلي المعاق			
.48	أثق بقدرتي على تقييم الآخرين من حولي			
.49	عندي أفكار غير موجودة عند الآخرين من حولي			
.50	أشعر بأن الأخرين يقدرون أفكاري في رعاية طفلي المعاق			
.51	أستطيع حل المشكلات اليومية التي تعترض طفلي المعاق			
.52	أشعر بأنني غير قادرة على فهم الكلام			
.53	أشعر بأنني عاجزة عن التفكير في مساعدة طفلي المعاق			
.54	أعتقد بأن الآخرين من حولي يسيطرون على تفكيري			
.55	يصعب عليَ تذكر الأحداث بعد إنجابي طفلي المعاق			
.56	التفكير في مستقبل طفلي المعاق يسيطر عليَ			
.57	أسمع أشياء لا يسمعها الآخرون بعد إنجابي طفلي المعاق			
.58	أثق بقدراتي العقلية في معالجة مشكلات طفلي المعاق			
.59	أعاني من صعوبة في التركيز بعد إنجابي طفلي المعاق			
.60	أدرك أن طفلي المعاق يحتاج إلى جهد أكبر			
البعد النفسي				
.61	أشعر بالسعادة في حياتي رغم وجود طفلي المعاق			
.62	أنا أستطيع حل مشكلاتي في الحياة رغم وجود طفلي المعاق			

.63	أشعر بالرضى عن نفسي رغم إنجابي لطفلي المعاق				
.64	أعتقد أن المستقبل سيكون أفضل				
.65	أشعر باليأس والعجز في حياتي بسبب طفلي المعاق				
.66	أشعر بالراحة وأنا أخدم طفلي المعاق				
.67	أشعر بالقلق على مستقبل طفلي المعاق				
.68	معنوياتي عالية ومرتفعة رغم إعاقة طفلي				
.69	الخوف يلازمني بعد إنجابي لطفلي المعاق				
.70	القلق يسيطر على حياتي بعد إنجابي طفلي المعاق				
.71	أشعر بالحزن بسبب إعاقة طفلي				
.72	أشعر بأنني محبطة بعد إنجاب طفلي المعاق				
.73	أتمنى الموت حتى استريح من متاعب الحياة				
.74	أشعر بالوحدة حتى لو كنت مع أسرتي				
.75	أثق بالآخرين من حولي				
.76	الآخرون يتحملون المسئولية عن مشاكلي				
.77	أشعر بالتوازن النفسي رغم وجود طفلي المعاق				
.78	أشعر بالتفاؤل رغم وجود طفلي المعاق				

ملحق رقم (6)

استبانة الصحة النفسية لأمهات الأطفال ذوي متلازمة داون في صورتها النهائية

الأم الفاضلة: **حفظها الله**

بين يديك مجموعة من الفقرات، يرجى الإجابة عليها بصورة عفوية وكما تشعرين بالفعل، مع العلم أنه ليس هناك جواب صحيح وآخر خاطىء .. **مع جزيل الشكر**.

الرقم	العبارة	غالباً	أحياناً	نادراً
	البعد الروحي			
1.	أكثر من ذكر الله كلما تذكرت إعاقة ولدي			
2.	أشعر بالرضى عما قدره الله لطفلي المعاق			
3.	أحرص على الصيام ما لم يكن هناك محظور شرعي			
4.	طفلي المعاق جعلني أقرب إلى الضعفاء والمرضى			
5.	إيماني بالله الواحد يجعلني أقوى في مواجهة مصيبتي			
6.	استذكر حكمة الله في الابتلاء بطفلي المعاق			
7.	أحرص على قراءة القرآن ليزداد إيماني			
8.	أتواصى مع الأسرة بالصبر الجميل			
9.	أشعر بأن مسؤوليتي تجاه طفلي المعاق واجب ديني			
10.	أشعر بأن الله تعالى سيعينني لمساعدة طفلي المعاق			
11.	أحرص على تجنب الضجر والسخط من المصيبة			
12.	أبادر إلى فعل الخيرات			

13.	تذكر طفلي المعاق يقربني من الله			
14.	أشعر بالراحة النفسية عند قراءة القرآن			
البعد الإجتماعي				
15.	اسرتنا متماسكة وقوية رغم الطفل المعاق			
16.	أشعر بأن أسرتي راضية عني بعد ولادة الطفل المعاق			
17.	نقوم بالزيارات الإجتماعية كالمعتاد رغم إعاقة طفلي			
18.	زوجي يعتبروني سبباً في إعاقة ولدي			
19.	اصطحب طفلي المعاق معي في الزيارات والمناسبات			
20.	أبنائي يفخرون بي لمساعدتي طفلي المعاق			
21.	أشعر بالحرج من مقابلة الأصدقاء بسبب طفلي المعاق			
22.	أظهر للآخرين بأنني سعيدة ولكنني غير ذلك			
23.	أشعر بالقلق من الإنجاب بعد طفلي المعاق			
24.	أنا مطمئنة من مشاعر زوجي تجاهي			
25.	أخاف من أن يفكر زوجي بالزواج مرة أخرى			
26.	أنا مطمئنة من مشاعر أسرة زوجي تجاهي			
27.	أشعر بالحرج عند مناقشة موضوع طفلي المعاق			
28.	جيراني ينظرون إلى بإعجاب لصبري على طفلي المعاق			
29.	زوجي يقدر جهدي مع طفلي المعاق			
30.	أشعر بأن الآخرين من حولي يحاولون مساعدتي			

البعد الجسماني				
31.	أشعر بالصداع الشديد كلما فكرت في طفلي المعاق			
32.	أشعر بالغثيان واضطرابات في المعدة بسبب طفلي المعاق			
33.	أشعر بصعوبة في التنفس كلما جلست بجوار طفلي المعاق			
34.	أشعر بضعف عام في الجسم عندما اتذكر طفلي المعاق			
35.	أشعر بتشنج في عضلاتي عندما أحمل طفلي المعاق			
36.	أشعر بدوخة واصفرار كلما نظرت إلى طفلي المعاق			
37.	أشعر بسخونة وبرودة في جسمي عندما أفكر في طفلي المعاق			
38.	أتمتع بصحة جيدة عموماً			
39.	أقوم بمهامي اليومية دون مشاكل جسدية			
40.	أجد صعوبة كبيرة في النوم بعد إنجابي لطفلي المعاق			
41.	أشعر بفقد الشهية للطعام بعد إنجابي لطفلي المعاق			
42.	أشعر بالحيوية والنشاط			
البعد العقلي				
43.	استطيع أن أفكر بهدوء رغم مصيبتي في طفلي المعاق			
44.	أثق بقدرتي على تقييم الآخرين من حولي			
45.	عندي أفكار غير موجودة عند الآخرين من حولي			
46.	أشعر بأن الأخرين يقدرون أفكاري في رعاية طفلي المعاق			
47.	أستطيع حل المشكلات اليومية التي تعترض طفلي المعاق			

48.	أشعر بأنني عاجزة عن التفكير في مساعدة طفلي المعاق			
49.	أعتقد بأن الآخرين من حولي يسيطرون على تفكيري			
50.	يصعب عليَ تذكر الأحداث بعد إنجابي طفلي المعاق			
51.	التفكير في مستقبل طفلي المعاق يسيطر عليَ			
52.	أسمع أشياء لا يسمعها الآخرون بعد إنجابي طفلي المعاق			
53.	أثق بقدراتي العقلية في معالجة مشكلات طفلي المعاق			
54.	أعاني من صعوبة في التركيز بعد إنجابي طفلي المعاق			
55.	أدرك أن طفلي المعاق يحتاج إلى جهد أكبر			
البعد النفسي				
56.	أشعر بالسعادة في حياتي رغم وجود طفلي المعاق			
57.	أنا أستطيع حل مشكلاتي في الحياة رغم وجود طفلي المعاق			
58.	أشعر بالرضى عن نفسي رغم إنجابي لطفلي المعاق			
59.	أعتقد أن المستقبل سيكون أفضل			
60.	أشعر باليأس والعجز في حياتي بسبب طفلي المعاق			
61.	أشعر بالراحة وأنا أخدم طفلي المعاق			
62.	أشعر بالقلق على مستقبل طفلي المعاق			
63.	معنوياتي عالية ومرتفعة رغم إعاقة طفلي			
64.	الخوف يلازمني بعد إنجابي لطفلي المعاق			
65.	القلق يسيطر على حياتي بعد إنجابي طفلي المعاق			

66.	أشعر بالحزن بسبب إعاقة طفلي				
67.	أشعر بأنني محبطة بعد إنجاب طفلي المعاق				
68.	أتمنى الموت حتى استريح من متاعب الحياة				
69.	أشعر بالوحدة حتى لو كنت مع أسرتي				
70.	أثق بالآخرين من حولي				
71.	أشعر بالتوازن النفسي رغم وجود طفلي المعاق				
72.	أشعر بالتفاؤل رغم وجود طفلي المعاق				

ملحق رقم(7)

أولاً: البيانات الشخصية

.1	اسم الطفل (اختياري)	
.2	جنس الطفل المعاق	☐ ذكر ☐ أنثى
.3	تاريخ ميلاد الطفل المعاق	
.4	درجة الإعاقة	☐ بسيطة ☐ متوسطة ☐ شديدة
.5	ترتيب الطفل المعاق في الأسرة	
.6	عدد المعاقين في الأسرة	
.7	المستوى الإقتصادي للأسرة	☐ ضعيف ☐ متوسط ☐ جيد
.8	صلة القرابة بين الزوجين	
.9	عدد الأبناء في الأسرة	
.10	عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق	
.11	عمر الأم الحالي	
.12	المستوى التعليمي للأم	☐ أمية ☐ ابتدائي ☐ اعدادي ☐ ثانوي ☐ دبلوم ☐ جامعي ☐ فما فوق
.13	عمل الأم	☐ لا تعمل ☐ موظفة ☐ عاملة ☐ تاجرة
.14	مدة الإلتحاق بخدمات التأهيل	☐ أقل من عام ☐ 1–2 عام ☐ أكثر من عامين

ملحق رقم(8)

ثالثاً: استبانة التوافق الزواجي في صورتها النهائية (إعداد الباحثة : إيمان اللدعة)

م	العبارة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
.1	اشعر بالسعادة لأني تزوجت					
.2	اعمل ما استطيع لإقامة حياة زوجية ناجحة					
.3	أتشاجر أنا وزوجي بدون سبب					
.4	اعمل ما بوسعي للتغلب على الخلافات الأسرية					
.5	يقوم زوجي بإدخال أهله في أمورنا الشخصية					
.6	يسبب تدخل الآخرين في شؤون حياتنا الخاصة الزوجية الكثير من المشاكل					
.7	اضطراري للسكن مع العائلة يسبب الكثير من الخلافات بيني وبين زوجي					
.8	استعين بالكتب الدينية والاجتماعية التي تتناول العلاقة الزوجية لتحسين علاقتي بزوجي					
.9	أحاول أن أبدو مرحة بشوشة في البيت حتى وإن كان هناك ما يضايقني					
.10	اشعر بالسعادة في علاقتي الجنسية					
.11	اشعر بالرضا في علاقتي الجنسية					
.12	هناك تجاوب جنسي بيننا					
.13	افتقد تفهم زوجي لمشاعري					

.14	يوجد تناسق بين الإحساس والحالة النفسية لدينا قبل الجماع					
.15	الإشباع الجنسي من أسباب سعادتنا الزوجية					
.16	استمتع أنا وزوجي سوية في وقت الفراغ					
.17	يحترم كلانا الأخر ويعامله معاملة إنسانية					
.18	أنصت لزوجي جيداً عند حديثه عن همومه ومشاكله في العمل					
.19	تتسم المعاملة بيني وبين زوجي بالمودة والرحمة					
.20	اشعر أن العلاقة بيني وبين زوجي لا يسودها التفاهم والانسجام					
.21	لا يفهم احدنا الأخر خاصة (الإيحاءات والإيماءات)					
.22	نتبادل الحديث أنا وزوجي					
.23	زوجي غير صريح معي					
.24	يصعب على زوجي تقبلي كما أنا					
.25	يتقبلني زوجي بالابتسامة					
.26	يحترم زوجي رأيي					
.27	يؤثرني زوجي على نفسه					
.28	يهتم زوجي بسماع رأيي في أي موضوع					
.29	اغتنم الفرصة لامتدح ذوق زوجي في اللباس والطعام					
.30	المزاح والضحك جزء أساسي من حياتنا الزوجية					

					اتفق أنا وزوجي حول المبادئ والقيم الدينية الأساسية	.31
					أوفر لزوجي الجو الملائم حين يكون مشغول بعمل ما	.32
					أقوم بواجباتي تجاه زوجي والأولاد والبيت	.33
					أشارك زوجي في اتخاذ قرارات متعلقة بالعمل (عمله خارج المنزل)	.34
					اتفق مع زوجي حول طريقة تربية الأبناء	.35
					يراعي كلانا الآداب الإسلامية عند تعامله مع الأخر	.36
					أري في حديثي مع زوجي تساميا ورفعة	.37
					اتفق أنا وزوجي في كيفية التعامل مع الآباء (أبائي وإباؤه)	.38
					المال الخاص بزوجي ملكا عاما لنا	39
					أسامح زوجي إن أخطأت في حقي	.40
					انتظر حتى يهدأ زوجي لمعاتبته أن كان غاضباً	.41
					ألوم نفسي إذا قمت بعمل ينبغي تجنبه	.42
					أحاول التخفيف عن زوجي عندما يكون متعباً أو مهموماً من العمل	.43
					تمسكي بالقيم والمبادئ الدينية يساعدني على النجاح في زواجي	.44
					أسعى إلى تحقيق مصالحي وان تعارضت مع مصالح زوجي	.45

					اشعر بتأنيب الضمير عندما أتسبب في إيذاء زوجي دون قصد	.46
					أبادر بتقديم الخير لزوجي	.47
					اشعر بالوحدة حتى في وجود زوجي	.48
					زوجي ميال لأن يكون بمفرده	.49
					تسير حياتي الزوجية على وتيرة واحدة تبعث على الملل	.50
					أتمتع بعلاقات طيبة مع زوجي باستمرار	.51
					اشعر أن زوجي يهملني	.52
					لا استطيع التعبير عن عواطفي تجاه زوجي باستمرار	.53
					يفهم كل منا الأخر	.54
					يغلب على زواجنا علاقات المحبة والصداقة	.55
					يحاول كل منا منح الأخر العطف والحنان	.56

ملحق رقم(9)

رابعاً: استبانه التدين في صورتها النهائية (إعداد الباحثة : سمية موسى)

الرقم	العبارة	نعم	لا	أحيانا
.1	الموت أعظم موعظة للمرء			
.2	أؤمن بقدر الله وقضائه خيره وشره			
.3	الخوف من الله يبعدني عن أي إنحراف			
.4	ذكر الله يحفظني من كل سوء			
.5	أحب الاستماع إلى المواعظ الدينية			
.6	اصبر واحتسب عند الله عندما أصاب بمشكلة مالية أو جسدية			
.7	أرضى بما قسمه الله لي في الدنيا			
.8	يهمني الحصول على المال بغض النظر عن مصدره			
.9	أحرص على مساعدة الفقراء والمساكين			
.10	أشعر بالراحة عند قراءة القرآن أو سماعه			
.11	أحرص على الوفاء بالوعد الذي قطعته على نفسي			
.12	أتسامح مع المخطئين بحقي رغم مقدرتي على عقابهم			
.13	أهتم كثيرا بما يحدث للمسلمين في العالم			
.14	أشعر بالسعادة عندما انفق مالي في خدمة الإسلام			
.15	أشعر بالحزن عندما اجرح مشاعر زوجي			
.16	أشعر بأنني على صلة حميمة بأقربائي			
.17	أرد الإساءة بالإحسان إذا أساء لي احد			

			أثق في الله وأتوكل عليه في جميع تصرفاتي	.18
			كثيرا ما أتمني أن أكون مع المجاهدين عند سماع أخبارهم	.19
			أحرص على أداء صلاة النافلة	.20
			أحافظ على أداء الصلوات الخمس في أوقاتها	.21
			إذا سمعت البعض يتحدث بسوء عن شخص ما فإنني أنهاه عن ذلك	.22
			أحرص على إفشاء السلام على من أعرف ومن لا أعرف	.23
			أحاسب نفسي كل ليلة عما بدر مني من أعمال	.24
			أقوم بزيارة الجيران والسؤال عنهم	.25
			إذا حياني احد بتحية فإنني أرد عليه بأحسن منها	.26
			إذا أساء لي احد والدي فإنني أحافظ على طاعتي له وأبقي على علاقة طيبة معه	.27
			أقول الحق مهما كلفني ذلك معاناة	.28
			أتجنب الكلام عن الآخرين بسوء	.29
			ألتزم بالصدق في كافة أقولي وأفعالي	.30
			أزور أقربائي مهما هجروني أو قاطعوني	.31
			أحافظ على زيارة الأرحام	.32
			أتجنب قول الزور أو العمل به	.33

ملحق رقم (10)

الرسالة الموجهة للعينة المستهدفة

رقم الاستمارة	

الأخت الفاضلة / والدة الطالب/ــة حفظها الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،،

الموضوع : بيانات خاصة بإجراء بحث علمي بعنوان:

"**الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات**"

أرجو التكرم بقراءة الأسئلة والمقاييس المرفقة والإجابة عليها بدقة وموضوعية حيث أن النتائج الصحيحة للبحث قد تساهم في تحسين مستوى الخدمات المقدمة للأمهات وأسر ذوي متلازمة داون في مجال الصحة النفسية.

علماً بأن الإجابة سرية ولا تخدم إلا أهداف البحث العلمي، ولكم مطلق الحرية في المشاركة من عدمها.

و لكم جزيل الشكر لحسن تعاونكم معنا

الباحث/ محمد مصباح العرعير

ملحق رقم (11)

الجداول الإحصائية التفصيلية المتعلقة بفروض الدراسة وعلاقتها بأبعاد مقياس الصحة النفسية

جدول (1)

معامل ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التوافق الزواجي لديهن

المجال	قيمة معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية
البعد الروحي × التوافق الزواجي	0.276**	دالة عند 0.01
البعد الاجتماعي × التوافق الزواجي	0.556**	دالة عند 0.01
البعد الجسماني × التوافق الزواجي	0.374**	دالة عند 0.01
البعد العقلي × التوافق الزواجي	0.450**	دالة عند 0.01
البعد النفسي × التوافق الزواجي	0.482**	دالة عند 0.01
المقياس ككل × التوافق الزواجي	0.581**	دالة عند 0.01

** القيمة الحرجة لمعامل ارتباط بيرسون عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 =

جدول (2)

معامل ارتباط بيرسون لدلالة العلاقة بين مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، ومستوى التدين لديهن

المجال	قيمة معامل ارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية
البعد الروحي × مستوى التدين	0.342**	دالة عند 0.01
البعد الاجتماعي × مستوى التدين	0.304**	دالة عند 0.01
البعد الجسماني × مستوى التدين	0.117*	دالة عند 0.05
البعد العقلي × مستوى التدين	0.188**	دالة عند 0.01
البعد النفسي × مستوى التدين	0.216**	دالة عند 0.01
المقياس ككل × مستوى التدين	0.296**	دالة عند 0.01

** القيمة الحرجة لمعامل ارتباط بيرسون عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 =

جدول (3)

اختبار t لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لجنس الطفل المعاق

البعد	جنس الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
الروحي	ذكر	255	2.83	0.20	1.094	غير دالة
	أنثى	206	2.81	0.23		
الاجتماعي	ذكر	255	2.58	0.30	0.804	غير دالة
	أنثى	206	2.56	0.29		

الجسماني	ذكر	255	2.62	0.42	1.344	غير دالة
	أنثى	206	2.56	0.39		
العقلي	ذكر	255	2.41	0.28	1.615	غير دالة
	أنثى	206	2.37	0.28		
النفسي	ذكر	255	2.52	0.33	1.092	غير دالة
	أنثى	206	2.48	0.35		
المقياس ككل	ذكر	255	2.59	0.23	1.546	غير دالة
	أنثى	206	2.56	0.23		

* القيمة الحرجة لـــ T عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية 459 تساوي 1.96

جدول (4)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب درجة إعاقة الطفل

البعد	درجة الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	بسيطة	166	2.84	0.18
	متوسطة	261	2.82	0.20
	شديدة	34	2.73	0.35
	المجموع	461	2.82	0.21
الاجتماعي	بسيطة	166	2.60	0.30
	متوسطة	261	2.58	0.30
	شديدة	34	2.44	0.28

0.30	2.57	461	**المجموع**	
0.38	2.60	166	**بسيطة**	**الجسمي**
0.37	2.64	261	**متوسطة**	
0.59	2.22	34	**شديدة**	
0.41	2.59	461	**المجموع**	
0.28	2.43	166	**بسيطة**	**العقلي**
0.27	2.39	261	**متوسطة**	
0.31	2.21	34	**شديدة**	
0.28	2.40	461	**المجموع**	
0.33	2.53	166	**بسيطة**	**النفسي**
0.33	2.51	261	**متوسطة**	
0.39	2.29	34	**شديدة**	
0.34	2.50	461	**المجموع**	
0.23	2.60	166	**بسيطة**	**المقياس ككل**
0.22	2.58	261	**متوسطة**	
0.25	2.38	34	**شديدة**	
0.23	2.57	461	**المجموع**	

جدول (5)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لدرجة إعاقة الطفل

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.33	2	0.166	3.796*	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	20.06	458	0.044		
	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	بين المجموعات	0.74	2	0.371	4.258*	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	39.94	458	0.087		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	بين المجموعات	5.34	2	2.671	17.159**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	71.30	458	0.156		
	المجموع	76.64	460			
العقلي	بين المجموعات	1.45	2	0.724	9.421**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	35.20	458	0.077		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	بين المجموعات	1.64	2	0.819	7.276**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	51.54	458	0.113		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	1.40	2	0.700	13.644**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	23.48	458	0.051		

	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

جدول (6)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير درجة إعاقة الطفل

البعد	درجة إعاقة الطفل	فروق المتوسطات	
		متوسطة	شديدة
الروحي	بسيطة	–	*0.108
	متوسطة		–
الاجتماعي	بسيطة	–	*0.162
	متوسطة		*0.140
الجسماني	بسيطة	–	**0.386
	متوسطة		**0.421
العقلي	بسيطة	–	**0.227
	متوسطة		**0.186
النفسي	بسيطة	–	**0.237
	متوسطة		**0.219

المقياس ككل	بسيطة	-	**0.218
	متوسطة		**0.203

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

جدول (7)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب ترتيب الطفل المعاق في الأسرة

البعد	ترتيب الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	**3-1**	115	2.77	0.25
	7-4	160	2.83	0.19
	أكثر من 7	186	2.84	0.20
	المجموع	461	2.82	0.21
الاجتماعي	**3-1**	115	2.52	0.30
	7-4	160	2.58	0.32
	أكثر من 7	186	2.60	0.27
	المجموع	461	2.57	0.30
الجسمي	**3-1**	115	2.56	0.44
	7-4	160	2.63	0.35
	أكثر من 7	186	2.58	0.43
	المجموع	461	2.59	0.41

العقلي	1–3	115	2.35	0.30
	4–7	160	2.42	0.28
	أكثر من 7	186	2.40	0.27
	المجموع	461	2.40	0.28
النفسي	1–3	115	2.43	0.34
	4–7	160	2.50	0.33
	أكثر من 7	186	2.54	0.34
	المجموع	461	2.50	0.34
المقياس ككل	1–3	115	2.52	0.24
	4–7	160	2.59	0.22
	أكثر من 7	186	2.59	0.23
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (8)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لترتيب الطفل المعاق في الأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.36	2	0.178	4.065	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	20.04	458	0.044		
	المجموع	20.39	460			

	بين المجموعات	0.58	2	0.288		
الاجتماعي	داخل المجموعات	40.11	458	0.088	3.289	دالة عند 0.05
	المجموع	40.68	460			
	بين المجموعات	0.35	2	0.177		
الجسماني	داخل المجموعات	76.29	458	0.167	1.064	غير دالة
	المجموع	76.64	460			
	بين المجموعات	0.34	2	0.168		
العقلي	داخل المجموعات	36.32	458	0.079	2.121	غير دالة
	المجموع	36.65	460			
	بين المجموعات	0.91	2	0.453		
النفسي	داخل المجموعات	52.27	458	0.114	3.970	دالة عند 0.05
	المجموع	53.17	460			
	بين المجموعات	0.42	2	0.212		
المقياس ككل	داخل المجموعات	24.46	458	0.053	3.978	دالة عند 0.05
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

جدول (9)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير ترتيب المعاق في الأسرة

البعد	ترتيب الطفل في الأسرة	فروق المتوسطات	
		4–7	أكثر من 7
الروحي	1–3	–	−0.066*
	4–7		–
الاجتماعي	1–3	–	−0.090*
	4–7		–
النفسي	1–3	–	−0.113*
	4–7		–
المقياس ككل	1–3	–	−0.071*
	4–7		–

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

جدول (10)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عدد المعاقين في الأسرة

البعد	عدد المعاقين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	معاق واحد	425	2.81	0.21
	معاقين	23	2.89	0.14
	3 معاقين فأكثر	13	2.88	0.14
	المجموع	461	2.82	0.21
الاجتماعي	معاق واحد	425	2.57	0.30
	معاقين	23	2.58	0.33
	3 معاقين فأكثر	13	2.60	0.28
	المجموع	461	2.57	0.30
الجسمي	معاق واحد	425	2.59	0.40
	معاقين	23	2.66	0.49
	3 معاقين فأكثر	13	2.40	0.55
	المجموع	461	2.59	0.41
العقلي	معاق واحد	425	2.39	0.28
	معاقين	23	2.50	0.25
	3 معاقين فأكثر	13	2.28	0.42
	المجموع	461	2.40	0.28

النفسي	معاق واحد	425	2.50	0.34
	معاقين	23	2.58	0.28
	3 معاقين فأكثر	13	2.42	0.36
	المجموع	461	2.50	0.34
المقياس ككل	معاق واحد	425	2.57	0.23
	معاقين	23	2.64	0.24
	3 معاقين فأكثر	13	2.52	0.25
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (11)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعدد المعاقين في الأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.16	2	0.079	1.782	غير دالة
	داخل المجموعات	20.23	458	0.044		
	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	بين المجموعات	0.01	2	0.006	0.064	غير دالة
	داخل المجموعات	40.67	458	0.089		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	بين المجموعات	0.61	2	0.306	1.842	غير دالة

	داخل المجموعات	76.03	458	0.166		
	المجموع	76.64	460			
العقلي	بين المجموعات	0.42	2	0.212	2.684	غير دالة
	داخل المجموعات	36.23	458	0.079		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	بين المجموعات	0.22	2	0.112	0.966	غير دالة
	داخل المجموعات	52.95	458	0.116		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	0.13	2	0.065	1.207	غير دالة
	داخل المجموعات	24.75	458	0.054		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

جدول (12)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب المستوى الاقتصادي للأسرة

البعد	المستوى الاقتصادي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	ضعيف	187	2.81	0.23
	متوسط	235	2.83	0.20
	جيد	39	2.82	0.18
	المجموع	461	2.82	0.21

الاجتماعي	ضعيف	187	2.52	0.31
	متوسط	235	2.61	0.28
	جيد	39	2.62	0.29
	المجموع	461	2.57	0.30
الجسمي	ضعيف	187	2.53	0.44
	متوسط	235	2.64	0.39
	جيد	39	2.62	0.33
	المجموع	461	2.59	0.41
العقلي	ضعيف	187	2.32	0.29
	متوسط	235	2.45	0.25
	جيد	39	2.39	0.34
	المجموع	461	2.40	0.28
النفسي	ضعيف	187	2.46	0.33
	متوسط	235	2.53	0.35
	جيد	39	2.47	0.33
	المجموع	461	2.50	0.34
المقياس ككل	ضعيف	187	2.53	0.24
	متوسط	235	2.61	0.23
	جيد	39	2.58	0.22
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (13)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى المستوى الاقتصادي للأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.02	2	0.011	0.258	غير دالة
	داخل المجموعات	20.37	458	0.044		
	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	بين المجموعات	0.84	2	0.421	4.844	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	39.84	458	0.087		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	بين المجموعات	1.21	2	0.604	3.669	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	75.43	458	0.165		
	المجموع	76.64	460			
العقلي	بين المجموعات	1.72	2	0.861	11.294	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	34.93	458	0.076		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	بين المجموعات	0.51	2	0.256	2.224	غير دالة
	داخل المجموعات	52.66	458	0.115		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	0.65	2	0.325	6.147	دالة عند

	داخل المجموعات	24.23	458	0.053		0.01
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

جدول (14)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير المستوى الاقتصادي للأسرة

البعد	المستوى الاقتصادي	فروق المتوسطات	
		متوسط	جيد
الاجتماعي	ضعيف	-0.086*	-
	متوسطة		-
الجسماني	ضعيف	-0.107*	-
	متوسطة		-
العقلي	ضعيف	-0.129**	-
	متوسطة		-
المقياس ككل	ضعيف	-0.079**	-
	متوسطة		-

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

جدول (15)

اختبار t لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لصلة القرابة بين الزوجين

البعد	صلة القرابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
الروحي	يوجد قرابة	230	2.83	0.20	1.336	غير دالة
	لا يوج قرابة	231	2.81	0.22		
الاجتماعي	يوجد قرابة	230	2.60	0.28	1.886	غير دالة
	لا يوج قرابة	231	2.55	0.31		
الجسماني	يوجد قرابة	230	2.61	0.39	1.028	غير دالة
	لا يوج قرابة	231	2.57	0.42		
العقلي	يوجد قرابة	230	2.39	0.29	-0.569	غير دالة
	لا يوج قرابة	231	2.40	0.28		
النفسي	يوجد قرابة	230	2.49	0.35	-0.439	غير دالة
	لا يوج قرابة	231	2.51	0.33		
المقياس ككل	يوجد قرابة	230	2.58	0.24	0.793	غير دالة
	لا يوج قرابة	231	2.57	0.23		

* القيمة الحرجة لــ T عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية 459 تساوي 1.96

** القيمة الحرجة لــ T عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 تساوي 2.56

جدول (16)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عدد الأبناء في الأسرة

البعد	عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	1−3	61	2.72	0.32
	4−7	186	2.82	0.19
	أكثر من 7	214	2.85	0.18
	المجموع	461	2.82	0.21
الاجتماعي	1−3	61	2.51	0.29
	4−7	186	2.56	0.33
	أكثر من 7	214	2.60	0.27
	المجموع	461	2.57	0.30
الجسمي	1−3	61	2.51	0.44
	4−7	186	2.61	0.38
	أكثر من 7	214	2.60	0.42
	المجموع	461	2.59	0.41
العقلي	1−3	61	2.32	0.26
	4−7	186	2.40	0.28
	أكثر من 7	214	2.42	0.29
	المجموع	461	2.40	0.28

النفسي	**3-1**	61	2.41	0.37
	7-4	186	2.49	0.33
	أكثر من **7**	214	2.53	0.34
	المجموع	461	2.50	0.34
المقياس ككل	**3-1**	61	2.49	0.24
	7-4	186	2.57	0.23
	أكثر من **7**	214	2.60	0.23
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (17)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعدد الأبناء في الأسرة

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.80	2	0.400	9.354**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	19.59	458	0.043		
	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	بين المجموعات	0.47	2	0.233	2.656	غير دالة
	داخل المجموعات	40.22	458	0.088		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	بين المجموعات	0.48	2	0.238	1.432	غير دالة

	داخل المجموعات	76.16	458	0.166		
	المجموع	76.64	460			
العقلي	بين المجموعات	0.39	2	0.197	2.487	غير دالة
	داخل المجموعات	36.26	458	0.079		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	بين المجموعات	0.75	2	0.377	*3.291	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	52.42	458	0.114		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	0.54	2	0.272	**5.120	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	24.34	458	0.053		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

جدول (18)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير عدد الأبناء في الأسرة

البعد	عدد الأبناء في الأسرة	فروق المتوسطات	
		4−7	أكثر من 7
الروحي	1−3	−0.100**	−0.130**
	4−7		−

النفسي	3–1	–	−0.124*
	7–4		–
المقياس ككل	3–1	–	−0.107**
	7–4		–

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

جدول (19)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق

البعد	عمر الأم عند ولادة المعاق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	**أقل من 20**	46	2.73	0.35
	20–40	348	2.82	0.20
	أكثر من 40	67	2.88	0.13
	المجموع	461	2.82	0.21
الاجتماعي	**أقل من 20**	46	2.52	0.29
	20–40	348	2.57	0.30
	أكثر من 40	67	2.63	0.28
	المجموع	461	2.57	0.30

0.45	2.54	46	**أقل من 20**	**الجسمي**
0.41	2.59	348	**40-20**	
0.36	2.63	67	**أكثر من 40**	
0.41	2.59	461	**المجموع**	
0.28	2.36	46	**أقل من 20**	**العقلي**
0.29	2.40	348	**40-20**	
0.27	2.40	67	**أكثر من 40**	
0.28	2.40	461	**المجموع**	
0.37	2.40	46	**أقل من 20**	**النفسي**
0.33	2.51	348	**40-20**	
0.36	2.53	67	**أكثر من 40**	
0.34	2.50	461	**المجموع**	
0.26	2.51	46	**أقل من 20**	**المقياس ككل**
0.23	2.58	348	**40-20**	
0.22	2.61	67	**أكثر من 40**	
0.23	2.57	461	**المجموع**	

جدول (20)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعمر الأم عند ولادة الطفل المعاق

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.61	2	0.303	7.005	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	19.79	458	0.043		
	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	بين المجموعات	0.33	2	0.166	1.883	غير دالة
	داخل المجموعات	40.35	458	0.088		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	بين المجموعات	0.20	2	0.101	0.603	غير دالة
	داخل المجموعات	76.44	458	0.167		
	المجموع	76.64	460			
العقلي	بين المجموعات	0.07	2	0.033	0.410	غير دالة
	داخل المجموعات	36.59	458	0.080		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	بين المجموعات	0.50	2	0.248	2.160	غير دالة
	داخل المجموعات	52.68	458	0.115		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	0.30	2	0.149	2.774	غير دالة

	داخل المجموعات	24.59	458	0.054		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

جدول (21)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق

البعد	عمر الأم	فروق المتوسطات	
		20–40	أكثر من 40
الروحي	أقل من 20	−0.094*	−0.149**
	20–40		−

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

جدول (22)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب عمر الأم الحالي

البعد	درجة الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	**أقل من 20**	42	2.73	0.26
	20–40	138	2.76	0.25
	أكثر من 40	281	2.87	0.17
	المجموع	461	2.82	0.21

الاجتماعي	**أقل من 20**	42	2.50	0.31
	20–40	138	2.53	0.33
	أكثر من 40	281	2.61	0.28
	المجموع	461	2.57	0.30
الجسمي	**أقل من 20**	42	2.36	0.58
	20–40	138	2.59	0.35
	أكثر من 40	281	2.63	0.39
	المجموع	461	2.59	0.41
العقلي	**أقل من 20**	42	2.27	0.28
	20–40	138	2.39	0.28
	أكثر من 40	281	2.42	0.28
	المجموع	461	2.40	0.28
نفسي	**أقل من 20**	42	2.35	0.45
	20–40	138	2.45	0.33
	أكثر من 40	281	2.55	0.32
	المجموع	461	2.50	0.34
المقياس ككل	**أقل من 20**	42	2.44	0.30
	20–40	138	2.54	0.23
	أكثر من 40	281	2.61	0.21
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (23)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لعمر الأم الحالي

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	1.52	2	0.759	18.431	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	18.87	458	0.041		
	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	بين المجموعات	0.85	2	0.425	4.885	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	39.83	458	0.087		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	بين المجموعات	2.60	2	1.300	8.039	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	74.04	458	0.162		
	المجموع	76.64	460			
العقلي	بين المجموعات	0.76	2	0.378	4.818	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	35.90	458	0.078		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	بين المجموعات	1.99	2	0.994	8.898	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	51.19	458	0.112		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	1.29	2	0.647	12.559	دالة عند

	داخل المجموعات	23.59	458	0.052		0.01
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

جدول (24)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير عمر الأم الحالي

البعد	عمر الأم الحالي	فروق المتوسطات	
		20–40	أكثر من 40
الروحي	أقل 20	-0.139**	-0.110**
	20–40		-
الاجتماعي	أقل 20	-	-
	20–40		-0.081*
الجسماني	أقل 20	-0.231**	-0.267**
	20–40		-
العقلي	أقل 20	-	-0.143**
	20–40		-
النفسي	أقل 20	-	-o.199**
	20–40		-0.100*

المقياس ككل	أقل 20	-	-0.168**
	20–40		-0.074**

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

جدول (25)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب تعليم الأم

البعد	تعليم الأم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	أقل من ثانوي	235	2.82	0.20
	ثانوي أو دبلوم	194	2.82	0.24
	جامعي فما فوق	32	2.81	0.13
	المجموع	461	2.82	0.21
الاجتماعي	أقل من ثانوي	235	2.56	0.32
	ثانوي أو دبلوم	194	2.60	0.26
	جامعي فما فوق	32	2.55	0.31
	المجموع	461	2.57	0.30
الجسمي	أقل من ثانوي	235	2.58	0.46
	ثانوي أو دبلوم	194	2.59	0.36
	جامعي فما فوق	32	2.70	0.24
	المجموع	461	2.59	0.41

العقلي	أقل من ثانوي	235	2.38	0.29
	ثانوي أو دبلوم	194	2.41	0.27
	جامعي فما فوق	32	2.41	0.31
	المجموع	461	2.40	0.28
النفسي	أقل من ثانوي	235	2.47	0.37
	ثانوي أو دبلوم	194	2.53	0.30
	جامعي فما فوق	32	2.50	0.34
	المجموع	461	2.50	0.34
المقياس ككل	أقل من ثانوي	235	2.56	0.25
	ثانوي أو دبلوم	194	2.59	0.21
	جامعي فما فوق	32	2.59	0.22
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (26)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لتعليم الأم

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.01	2	0.006	0.144	غير دالة
	داخل المجموعات	20.38	458	0.044		

	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	**بين المجموعات**	0.21	2	0.105	1.185	غير دالة
	داخل المجموعات	40.47	458	0.088		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	**بين المجموعات**	0.41	2	0.204	1.224	غير دالة
	داخل المجموعات	76.23	458	0.166		
	المجموع	76.64	460			
العقلي	**بين المجموعات**	0.06	2	0.028	0.352	غير دالة
	داخل المجموعات	36.60	458	0.080		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	**بين المجموعات**	0.32	2	0.158	1.373	غير دالة
	داخل المجموعات	52.86	458	0.115		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	**بين المجموعات**	0.10	2	0.051	0.949	غير دالة
	داخل المجموعات	24.78	458	0.054		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (2 , 458) تساوي

جدول (27)

اختبار t لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية للأم تعزى لعمل الأم

البعد	عمل الأم	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
الروحي	لا تعمل	405	2.82	0.21	0.991	غير دالة
	تعمل	56	2.79	0.20		
الاجتماعي	لا تعمل	405	2.58	0.29	2.241*	دالة عند 0.05
	تعمل	56	2.49	0.33		
الجسماني	لا تعمل	405	2.61	0.41	2.172*	دالة عند 0.05
	تعمل	56	2.48	0.40		
العقلي	لا تعمل	405	2.41	0.28	2.487*	دالة عند 0.05
	تعمل	56	2.31	0.27		
النفسي	لا تعمل	405	2.51	0.33	1.950*	دالة عند 0.05
	تعمل	56	2.42	0.40		
المقياس ككل	لا تعمل	405	2.59	0.23	2.672**	دالة عند 0.01
	تعمل	56	2.50	0.26		

* القيمة الحرجة لــ T عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية 459 تساوي 1.96

** القيمة الحرجة لــ T عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية 459 تساوي 2.56

جدول (28)

الإحصاءات الوصفية لمستوى الصحة النفسية للأم بحسب مدة الالتحاق بخدمات التأهيل

البعد	مدة الالتحاق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الروحي	أقل من عام	99	2.77	0.27
	1–2 عام	89	2.80	0.20
	أكثر من عامين	273	2.85	0.19
	المجموع	461	2.82	0.21
الاجتماعي	أقل من عام	99	2.56	0.34
	1–2 عام	89	2.53	0.29
	أكثر من عامين	273	2.59	0.28
	المجموع	461	2.57	0.30
الجسمي	أقل من عام	99	2.56	0.40
	1–2 عام	89	2.50	0.46
	أكثر من عامين	273	2.63	0.39
	المجموع	461	2.59	0.41
العقلي	أقل من عام	99	2.43	0.26
	1–2 عام	89	2.33	0.27
	أكثر من عامين	273	2.41	0.29
	المجموع	461	2.40	0.28

النفسي	أقل من عام	99	2.44	0.36
	1–2 عام	89	2.42	0.39
	أكثر من عامين	273	2.55	0.30
	المجموع	461	2.50	0.34
المقياس ككل	أقل من عام	99	2.55	0.25
	1–2 عام	89	2.52	0.25
	أكثر من عامين	273	2.60	0.22
	المجموع	461	2.57	0.23

جدول (29)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون تعزى لمدة الالتحاق بخدمات التأهيل

البعد		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف "F"	مستوى الدلالة
الروحي	بين المجموعات	0.49	2	0.245	5.646**	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	19.90	458	0.043		
	المجموع	20.39	460			
الاجتماعي	بين المجموعات	0.26	2	0.131	1.480	غير دالة
	داخل المجموعات	40.42	458	0.088		
	المجموع	40.68	460			
الجسماني	بين المجموعات	1.29	2	0.646	3.928*	دالة عند

	داخل المجموعات	75.35	458	0.165		0.05
	المجموع	76.64	460			
العقلي	بين المجموعات	0.53	2	0.266	*3.371	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	36.12	458	0.079		
	المجموع	36.65	460			
النفسي	بين المجموعات	1.56	2	0.778	**6.902	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	51.62	458	0.113		
	المجموع	53.17	460			
المقياس ككل	بين المجموعات	0.62	2	0.311	**5.872	دالة عند 0.01
	داخل المجموعات	24.26	458	0.053		
	المجموع	24.88	460			

(*) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.05 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

(**) قيمة ف الجدولية عند مستوى دلالة 0.01 بدرجات حرية (458 , 2) تساوي

جدول (30)

اختبار شيفيه للمقارنات البعدية المتعددة لمستويات متغير مدة الالتحاق بخدمات التأهيل

البعد	مدة الالتحاق	فروق المتوسطات	
		1-2 عام	أكثر من عامين
الروحي	أقل من عام	-	**0.078-
	1-2 عام		-

الجسماني	أقل من عام	−0.131*	−
	1−2 عام		−
العقلي	أقل من عام	−	−
	1−2 عام		−
النفسي	أقل من عام	−	−0.108*
	1−2 عام		−0.128**
المقياس ككل	أقل من عام	−0.889**	−
	1−2 عام		−

(*) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.05

(**) تعني أن القيمة في الجدول دالة عند 0.01

Abstract

This study aimed to know the mental health level of mothers of children with Down syndrome and its relation with different Variables. For this reason, the study tried to answer the following questions:

1. What is the mental heath level of mothers of children with Down Syndrome?
2. What is the arrangement of Mental Health sub-categories of mothers of children with Down syndrome?
3. Is there statistical significant connectivity relationship between the level of mental health and marital compatibility?
4. Is there statistical significant connectivity relationship between the level of mental health and mother's level of religion commitment?
5. Are there statistical significant differences in the level of mental health of mothers of children with Down syndrome and (Sex of the child with D.S., degree of disability, the child's order in the family)?
6. Are there statistical significant differences in the level of mental health of mothers of children with Down syndrome and (number of disabled children in the family, Family economical level, consequence marriage, number of sons and daughters in the family)?
7. Are there statistical significant differences in the level of mental health of mothers of children with Down syndrome and (mother's age at birth of the child with D.S., Current mother's age, mother's education level, and mother's work)?
8. Are there statistical significant differences in the level of mental health of mothers of children with Down syndrome and mother's following up of rehabilitation services at Right to live Society in The Gaza Strip?

To answer the previous questions of the study and to test its hypothesis, the researcher applied the questionnaire of mental health prepared by the researcher, the questionnaire of marital compatibility prepared by "Iman Al Lada", and the questionnaire of religious commitment prepared by "Sumia Mosa" among a sample consisted of (461) mothers of children with Down Syndrome, represented (% 98.1) of the study community.

To get the result of the study the researcher used statistical tools such as: Alfa Hornbeak, and Person Correlation Coefficient, Unequal Independent Samples T – Test, One Way ANOVA, and Scheffe Post Hoc Test For Multiple Comparisons

The result of the study indicated that:

1. The mental heath level of mothers of children with Down Syndrome in The Gaza Strip is very high.
2. The arrangement of Mental Health sub-categories of mothers of children with Down syndrome comes as the following: (Spiritual, body, Social, emotional and mental).
3. There are positive statistical significant connectivity relationship between the level of mental health of mothers of children with Down syndrome martial compatibility and religious commitment.
4. There are not statistical significant differences in the level of mental health of mothers of children with Down syndrome and (Sex of the child with D.S., number of disabled children in the family, consequence marriage, mother's age at birth of child with D.S., mother's education level)
5. There are statistical significant differences in the level of mental health of mothers of children with Down syndrome and (degree of disability, the child's order in the family, family economical level, number of sons and daughters in the family, current mother's age, and mother's work).
6. There is a statistical significant difference in the level of mental health of mothers of children with Down syndrome and mother's following up of rehabilitation services at Right to live Society in the Gaza Strip.

The Islamic University - Gaza

Deanery of Graduate Studies

Faculty of Education

Department of Psychology

Mental Health of Mothers of Children with Down Syndrome in The Gaza Strip and Its Relationship with Some Variables

Prepared By:

Mohammed Mesbah H. El Araeir

Supervisor:

Dr. Osama Ateya Al-Mozeny

Assistant Prof. of Mental Health - IUG

"A thesis Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of M.A. of Psychology in Education"

2010–1431